

Utjecaj izobrazbe zdravstvenih djelatnika rodilišta na dojenje

Zakarija-Grković, Irena

Doctoral thesis / Disertacija

2012

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, School of Medicine / Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:171:216388>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Repository / Repozitorij:

[MEFST Repository](#)



SVEUČILIŠTE U SPLITU

MEDICINSKI FAKULTET

Irena Zakarija-Grković

UTJECAJ IZOBRAZBE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA RODILIŠTA

NA DOJENJE

Doktorska disertacija

Split, 2012.

Rad je izrađen u Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split i na Katedri za obiteljsku medicinu.

Mentorica: prof. dr. sc. Mirjana Rumboldt

Zahvale

Iskrena hvala mojoj mentorici, prof. dr. sc. Mirjani Rumboldt, na povjerenju i svesrdnoj potpori pri izradi doktorata.

Velika hvala mojoj dragoj prijateljici, kolegici i suradnici Tei Burmaz, čija je uloga u izradi ovog rada bila nezamjenjiva.

Srdačna hvala Adrianu Cattaneu na znanstvenoj i stručnoj potpori tijekom istraživanja.

Zahvaljujem slijedećim BFHI koordinatorima dalmatinskih rodilišta za velikodušnu pomoć pri prikupljanju podataka: Božena Bjelanović (Split), Ivica Dadić (Knin), Sabina Dilberović (Dubrovnik), Marija Jakša (Metković), Ivan Nasić (Sinj), Linda Pavić (Zadar), Milvija Plazibat (Imotski), Danira Rupić (Šibenik) i Biljana Šarić (Makarska).

Također zahvaljujem osoblju dalmatinskih rodilišta koji su darovali svoje vrijeme i trud da bi ispunili upitnik o stavovima, znanju i praksi zdravstvenih djelatnika prije i poslije provedbe SZO/UNICEF-ovog 20-satnog tečaja o dojenju te napose sestrama i primaljama u splitskom rodilištu koje su vrijedno i savjesno ispunjavale tablice prehrane novorođene djece.

Dugujem zahvalnost Marcelli Montico, Ivanu Krešimiru Lukiću, Darku Hrenu i Luca Ronfani za statističke savjete, te Tonču Kozini na pomoć pri "čišćenju" datoteke.

Ljubazna hvala mojim kolegama i prijateljima Mariu Maličkom, Matku Maršiću, Damiru Kovačiću i Slavici Kozina na tehničkoj pomoći pri pisanju doktorata.

Bez mojih dragih studenata ova studija ne bila to što je, zato velika hvala: Ani Barić, Toniju Božinoviću, Mariji Čaran, Anamariji Čuže, Josipi Jadrić, Mili Kavelj, Toniju Lozančiću, Olgi Šegvić i Ani Vučković.

Neizmjerena hvala mojoj obitelji, suprugu Ivici, djeci Ivani, Luki i Marinu te roditeljima Nenadu i Danijeli, na strpljenju, razumijevanju, ohrabrenju i podršci pri izradi doktorata.

Posebno zahvaljujem majkama koje su velikodušno pristale na sudjelovanje; bez njih ova studija ne bi bila moguća.

Nadasve, zahvaljujem Bogu na obilatim darovima kojima me blagoslovio; truditi ću se dalje koristiti ih Njemu na slavu i ljudima na korist.

Ovaj uradak posvećujem mom pokojnom bratu, Robiju, koji se uvijek ponosio mojim radom na području promicanja dojenja.

"Lucija je rodila djevojčicu....Kada je doji, Lucija se sva preobrazi. Mlijeko u njoj pretvori se u svjetlost pa joj sva put postane prozirna....Kada je pogledam, sva optika i geometrija i matematika odjednom gube svoju vrijednost, jer pred sobom vidim prizor koji ih nadilazi ozarenošću svoje skrovite tajne."

Luko Paljetak

"Skroviti vrt" (Dnevnik Cvijete Zuzorić, plemkinje dubrovačke)

SADRŽAJ

POPIS OZNAKA I KRATICA

1. UVOD	1
1.1. Rizici umjetne prehrane	1
1.2. Troškovi umjetne prehrane	1
1.3. Definicije dojenja	2
1.4. Stope dojenja	3
1.5. Čimbenici koji utječu na dojenje	4
1.6. Uloga zdravstvenih djelatnika u promicanju dojenja	4
1.7. Znanje, stavovi i praksa zdravstvenih djelatnika prema dojenju	5
1.8. Intervencije za poboljšanje znanja, stavova i prakse zdravstvenih djelatnika o dojenju	6
1.9. Inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“	7
2. CILJEVI I HIPOTEZE	10
3. ISPITANICI I POSTUPCI	11
3.1. Način prikupljanja podataka	11
3.2. Utjecaj izobrazbe osoblja na znanja i stavove o dojenju te na praksu zdravstvenih djelatnika u dalmatinskim rodilištima	11
3.2.1. Oblikovanje upitnika	12
3.2.2. Intervencija	13
3.3. Stope isključivog dojenja u KBC Split	13
3.3.1. Ispitanice	14

3.3.2. Način prikupljanja podataka	14
3.3.3. Razrada korištenog nazivlja	15
3.4. Utjecaj izobrazbe osoblja na iskustava majki tijekom trudnoće, poroda i boravka u splitskom rodilištu	16
3.4.1. Ispitanice	16
3.4.2. Prikupljanje podataka	17
3.4.3. Oblikovanje upitnika	17
3.4.4. Intervencija	17
3.5. Statistička raščlamba	18
3.5.1. Prvi dio istraživanja	18
3.5.2. Drugi dio istraživanja	18
3.5.3. Treći dio istraživanja	19
4. REZULTATI	20
4.1. Utjecaj izobrazbe osoblja na znanja i stavove o dojenju te na uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika u rodilištima Dalmacije	20
4.1.1. Osobitosti ispitanik	20
4.1.2. Teorijska znanja o dojenju	22
4.1.3. Praktična znanja o dojenju	24
4.1.4. Stavovi o dojenju	26
4.2. Rezultati stope isključivog dojenja na Klinici za ženske bolesti i porode u KBC Split	30
4.2.1. Usporedba sva četiri načina prikupljanja podataka	30

4.2.2. Usporedba tablica i listova te tablica i knjižica	31
4.3. Utjecaj izobrazbe zdravstvenog osoblja na iskustava majki tijekom trudnoće, poroda, boravka u rodilištu KBC Split i tijekom prvih godinu dana po porodu	32
4.3.1. Ispitanice	32
4.3.2. Primjena „10 koraka za uspješno dojenje“	36
4.3.3. Stope dojenja	40
5. RASPRAVA	43
5.1. Utjecaj izobrazbe osoblja na znanja i stavove o dojenju te na uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika u rodilištima Dalmacije	43
5.2. Isključivo dojenje u splitskom rodilištu-pouzdanost podataka	46
5.3. Utjecaj izobrazbe zdravstvenih djelatnika na iskustava majki tijekom trudnoće, poroda, boravka u rodilištu KBC Split i tijekom prvih godinu dana po porodu	48
6. ZAKLJUČCI	51
7. SAŽETAK	52
8. SAŽETAK NA ENGLESKOM JEZIKU (SUMMARY)	55
9. LITERATURA	56
10. ŽIVOTOPIS	64
11. PRILOZI	67

POPIS OZNAKA I KRATICA

BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative (Inicijativa "Rodilište – prijatelj djece")
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant (Međunarodno certificirana savjetnica za dojenje)
ID	Isključivo dojenje
IIFAS	Iowa Infant Feeding Attitude Scale (Skala Iowa o stavovima dječje prehrane)
JAMA	Journal of the American Medical Association (Časopis američkog medicinskog društva)
KBC	Klinički bolnički centar
Kodeks	Međunarodni pravilnik o reklamiranju nadomjestaka majčinog mlijeka
MP	Miješana prehrana
ND	Nedojeno
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (Pokazatelji procjene kvalitete skrbi u bolnicama)
PD	Pretežno dojenje
sur.	Suradnici
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Međunarodni fond za pomoć djeci pri Ujedinjenim Narodima)
USD	Američki dolari

1. UVOD

Promidžba, podrška i zaštita dojenja postaje važan javnozdravstveni prioritet i to ne samo u nerazvijenim, nego i u razvijenim zemljama.

1.1. Rizici umjetne prehrane

Svijest o rizicima umjetne prehrane proistječe iz neospornih dokaza da djeca hranjena umjetnim pripravcima u razvijenim zemljama češće obolijevaju od niza akutnih i kroničnih bolesti uključujući akutnu upalu srednjega uha, nespecifični gastroenteritis, infekcije donjih dišnih putova, atopični dermatitis, astmu, pretilost, dijabetes tipa 1 i 2, dječju leukemiju, sindrom iznenadne smrti u dojenčadi, nekrotizirajući enterokolitis u nedonoščadi, hipertenziju i hiperkolesterolemiju.¹⁻⁴ Također je uočeno da umjetno hranjena djeca imaju u prosjeku za 4,9 (95% CI: 2,97-6,92) bodova niži kvocijent inteligencije, i to nakon što se isključe svi drugi mogući razlozi koji pridonose povećanju intelektualne stimulacije.²

Rizici umjetne prehrane ne odnose se samo na djecu nego i na njihove majke. Žene u razvijenim zemljama koje ne doje imaju povećan rizik od dijabetesa tipa 2, raka jajnika i dojki, te od poslijeporođajne depresije.^{1,4} Najnovija istraživanja upućuju na moguću povezanost nedojenja i pojave reumatoidnog artritisa⁵, hipertenzije⁶, metaboličkoga sindroma⁷ i kardiovaskularnih bolesti⁸ u majki, dok je u umjetno hranjene djece povećan rizik od osteoporoze⁹, padavice¹⁰, smanjenog protoka zraka¹¹ i problematičnog ponašanja.¹²

1.2. Troškovi umjetne prehrane

Osim što infekcije i bolesti povezane s umjetnom prehranom nepovoljno utječu na kvalitetu života oboljelih, one predstavljaju i značajan trošak za proračun. Rastući troškovi zdravstvenog sustava dodatni su poticaj odgovornima za promicanje dojenja kao jeftine a vrlo učinkovite mjere zdravstvene zaštite. Bartick i Reinhold su 2010. godine izračunali da kada bi se 90% žena u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) pridržavalo preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) o isključivim dojenju tijekom prvih šest mjeseci djetetova života, moglo bi se uštedjeti 13 milijardi dolara te spriječiti smrt 911 dojenčadi na godinu.¹³ Nadalje, obitelji koje se pridržavaju optimalnih preporuka u svezi dojenja mogu samo u prvoj godini djetetova života uštedjeti od 1.200 do 1.500 USD na troškovima za umjetno mlijeko.³ Dojenje predstavlja uštedu i za poslodavce i zaposlenike, jer bolje zdravlje djeteta znači i manje izostajanje s posla te bolju radnu učinkovitost. Značajno veći troškovi zdravstvene zaštite povezani su sa suboptimalnim dojenjem i u Europi.¹⁴ Buchner i sur. su 2007. godine za nizozemsku vladu objavili izvješće o 'Zdravstvenim dobitima i

ekonomskoj procjeni nacionalnog programa za dojenje'. Izračunali su da kada bi sve majke u Nizozemskoj isključivo dojile svoju djecu prvih šest mjeseci, u proračunu bi se moglo uštedjeti do 50 milijuna Eura godišnje, a kada bi 85% majki započelo s dojenjem a 25% isključivo dojile do 6 mjeseci (ciljevi nizozemske vlade za razdoblje 2007.-10.) na proračunu bi se uštedjelo 10 milijuna Eura godišnje.¹⁵

1.3. Definicije dojenja

Radi lakšeg sporazumijevanja među zdravstvenim djelatnicima, vjerodostojnijeg prikazivanja stanja u populaciji i mogućnosti uspoređivanja podataka između pojedinih ustanova i zemalja važno je primjenjivati iste metode prikupljanja i opisivanja podataka o prehrani dojenčadi i male djece. Godinama, međunarodna zajednica nastoji postići te ciljeve, stalno raspravljajući o najprikladnijim definicijama i metodama za izvještavanje o dojenju.¹⁶⁻²² Ovi napori su se prvenstveno usredotočili na definiranje i izvještavanje o dojenju u zajednici, s posljedičnim nedostatkom istraživanja o metodi prikupljanju podataka o prehrani novorođenčadi u bolnici. Od 1991. godine rabe se definicije SZO koje su do danas uvriježene (tbl. 1).

Tablica 1. Definicije dojenja preporučene od Svjetske zdravstvene organizacije²³

Kategorija prehrane dojenčadi*	Zahtijeva da dijete primi	Dozvoljava da dijete primi	Ne dozvoljava da dijete primi
Isključivo dojenje (ID)	Humano mlijeko, uključujući izdojeno humano mlijeko ili mlijeko zamjenske dojilje	Kapi, sirupi (vitamini, minerali, lijekovi) i oralne rehidracijske soli (dodano 2007.)	Bilo što drugo
Pretežno dojenje (PD)	Isto kao gore, kao glavni izvor hrane	Isto kao gore, uz određene tekućine na bazi vode (voda, voćni sokovi, čaj, obredne tekućine)	Bilo što drugo (pogotovo mlijeko koje nije ljudsko, tekuća hrana)
Dojenje uz dohranu-miješana prehrana (MP)	Humano mlijeko i kruta ili polukruta hrana ili mlijeko koje nije ljudsko	Bilo koju hranu ili tekućinu uključujući nehumano mlijeko	
Izostanak dojenja, nedojeno (ND)	Nikakvo humano mlijeko	Bilo koju hranu ili tekućinu uključujući nehumano mlijeko	Humano mlijeko, uključujući izdojeno mlijeko ili mlijeko od zamjenske dojilje

*Zbroj ID i PD djece daje sliku potpuno dojene djece; zbroj ID, PD i djece na MP predstavlja broj dojene djece; zbroj ID, PD, MP i ND djece treba iznositi 100%.

1.4. Stope dojenja

Unatoč brojnim dokazanim rizicima i troškovima vezanim uz umjetnu prehranu, stope dojenja u Hrvatskoj, kao i svijetu, daleko su ispod poželjnih. Razina isključivog dojenja naročito je niska, s iznimkom skandinavskih zemalja pa se, npr. u Norveškoj 92% djece hrani isključivo majčinim mlijekom u 3. mjesecu života.²⁴ Podatci iz Hrvatske, prema studiji "Istraživanje znanja i stavova roditelja o prehrani i najčešćim zdravstvenim problemima djece u Republici Hrvatskoj" (*Graf-His*, Zagreb, 1997.), govore da je u rodilištima dojeno 95% djece, 46% u dobi od 3 mjeseca, a samo 23.5% djece do šest mjeseci života. Deset godina poslije postotak djece na prirodnoj prehrani na području Splita se povećao (93% u rodilištu, 62% s tri mjeseca i 49% sa šest mjeseci), ali još uvijek se naglo smanjuje nakon otpusta iz rodilišta.²⁵ Ti podatci upućuju da žene u Hrvatskoj žele dojiti, što se očituje visokim postotkom započinjanja dojenja u našim rodilištima, za razliku od podataka iz SAD-a gdje samo 75% majki doji svoju djecu u rodilištu, nakon šest mjeseci 43%, a samo 13% isključivo doji.³ Zbog niskih stopa dojenja, vlada SAD-a je 2011. godine objavila dokument pod nazivom "Poziv ministrice zdravlja na promicanje dojenja"³ u kojemu, s pomoću niza preporučenih aktivnosti, postavlja sljedeće ciljeve dojenja do 2020. godine: 82% dojenja u rodilištu, 61% sa šest mjeseci i 34% nakon godinu dana. U Hrvatskoj je u listopadu 2006. godine osnovano Povjerenstvo za promicanje dojenja pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi, koji je sastavilo „Nacionalni program za promicanje i zaštitu dojenja“ u kojemu su postavljeni sljedeći ciljevi isključivog dojenja za Republiku Hrvatsku: 95% tijekom prvih 48 sati djetetova života, 70% s navršena 3 mjeseca i 40% sa navršenih 6 mjeseci života. Jedan od osnovnih ciljeva Nacionalnog programa je i povećanje postotka ukupno dojene djece uz dohranu do prve (30%), odnosno druge godine života. O stopi isključivog dojenja u Hrvatskoj ima malo podataka, iako taj čimbenik služi kao važan pokazatelj pridržavanja preporučene prakse u zdravstvenim ustanovama. Kriterij „da se najmanje 75% dojenčadi isključivo doji od rođenja do otpusta“ jedan je od globalnih kriterija za dobivanje titule „Rodilište – prijatelj djece“.²⁶ Druge inicijative, kao „Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals“ (projekt PATH regionalnog ureda SZO za Europu)²⁷ - koji se trenutno uvodi u Hrvatsku- i „Joint Commision's Perinatal Care core measure set“ u SAD-u²⁸, također koriste stope isključivog dojenja za procjenu rada i poboljšanje kvalitete u bolnicama. Za Hrvatsku ne postoje objavljeni podatci o stopi isključivog dojenja u bolnicama, koristeći definicije dojenja SZO. U istraživanju Grgurića i sur., provedenom 1996. godine na nacionalnom uzorku djece, retrospektivnim ispitivanjem skrbnika djece ispod 2 godine starosti, procijenjeno je da je 23,5% djece isključivo hranjeno majčinim mlijekom do 6 mjeseci.⁴⁰ Podaci istraživanja u Međimurju koje je provedeno u odabranoj skupini žena koje su pohađale skupinu za potporu dojenju, govore da je 56,5% djece isključivo dojeno do 3 mjeseca, a samo 1% do 6 mjeseci života.²⁹ Retrospektivno

ispitivanje majki 11-godišnjaka na području Trogira, pokazalo je da se 41,2% djece isključivo dojilo između 2 i 4 mjeseca, a 16,9% od 4 do 6 mjeseci života. Prosječna duljina isključivog dojenja djece iznosila je $3,06 \pm 2,2$ mjeseca.³⁰

1.5. Čimbenici koji utječu na dojenje

Dojenje je složen biopsihosocijalni proces. Brojni čimbenici mogu utjecati na dojenje, od sociodemografskih (majčina dob, mjesto boravka, bračno stanje, školska sprema, prihod, zanimanje i status zaposlenosti) do osobnih (majčina težina, pušenje, broj djece, prethodno iskustvo s dojenjem, samopouzdanje, znanje o dojenju).^{31,32} Majčina namjera spram dojenja prije poroda, njezini stavovi prema dojenju, društvena potpora i potpora partnera te eventualne poteškoće s dojenjem mogu također utjecati na započinjanje i nastavak uspješnog dojenja.³³ Uočeno je da na duljinu dojenja u Hrvatskoj negativno utječu niža stručna sprema³⁴, problemi s dojenjem, rođenje blizanaca i pušenje tijekom trudnoće²⁵, a pozitivno utječu starija dob, viši stupanj obrazovanja i nepušenje³⁵ te veći prihod, namjera dojenja i vrijeme odluke o dojenju.³⁶ Prediktori dojenja koje će trajati dulje od 6 mjeseci među članicama skupine za potporu dojenja su namjeravano trajanje dojenja dulje od 6 mjeseci i nepušenje prije trudnoće.³⁷ Mišljenje i stav zdravstvenih djelatnika mogu također utjecati na majčinu odluku o dojenju.^{38,39}

1.6. Uloga zdravstvenih djelatnika u promicanju dojenja

Porodničari i ginekolozi, pedijatri, liječnici obiteljske medicine i drugi zdravstveni djelatnici koji skrbe o majkama i djeci, imaju jedinstvenu priliku za aktivnu promidžbu, podržavanje i zaštitu dojenja. Zdravstveni djelatnici, pogotovo liječnici, predstavljaju autoritet za pacijenta. Na pitanje "kome se obraćaju za savjet o prehrani?" 61,5% roditelja iz Zagreba je odgovorilo da su to zdravstveni djelatnici.⁴⁰ Trudnicama i majkama je jako važno mišljenje njihova liječnika o dojenju, te će pozitivan ili negativan stav liječnika prema dojenju bitno utjecati na njihovu odluku o tome hoće li ustrajati s dojenjem. To su potvrdili Taveras i suradnici u svom kohortnom istraživanju provedenom 2002. godine u SAD-u, gdje su usporedili postotak majki koje su isključivo dojile svoju djecu nakon 3 mjeseca sa stavovima i praksom zdravstvenih djelatnika koji su se skrbili o njima. Pokazali su da su majke s nižom stopom isključivog dojenja odlazile liječnicima koji su preporučili dohranu ili izrazili neutralan stav prema duljini dojenja.³⁹ Utjecaj zdravstvenih djelatnika je naročito važan za prvorotke. U istraživanju Humenicka i sur., prvorotke su smanjile intenzitet dojenja čak za (drastičnih) 86% ako je u prethodnom tjednu zdravstveni djelatnik izrazio negativan stav prema dojenju.³⁸ Nespominjanje dojenja tijekom trudnoće može također negativno

djelovati na majku, jer stvara dojam da dojenje nije važno. Zdravstveni djelatnici najčešće navode nedostatak vremena kao glavnu prepreku zbog kojeg ne razgovaraju o dojenju sa svojim pacijenticama.³⁹ Na važnost individualnog razgovora o dojenju ukazali su Kistin i sur. (u SAD-u) usporedbom učestalosti dojenja u trudnica koje su pohađale grupni sat o dojenju, i onih koje su provele samo 15 minuta nasamo u razgovoru o dojenju sa svojim porodničarom (prije 30. tjedna trudnoće) s trudnicama koje su dobivale uobičajenu antenatalnu skrb. Najčešće su dojile žene koje su ciljano razgovarale sa svojim porodničarem o dojenju (kontrolna skupina 22%, grupni razgovor 46%, individualni razgovor 53%), čak i ako u trudnoći nisu imale namjeru dojiti (kontrolna skupina 10%, grupni sat 26%, individualni razgovor 48%).⁴¹

1.7. Znanje, stavovi i praksa zdravstvenih djelatnika prema dojenju

Da bi mogli promicati, podržavati i štititi dojenje, zdravstveni djelatnici bi trebali imati odgovarajuće teorijsko i praktično znanje i vještine te pozitivne stavove prema dojenju. Usprkos deklariranoj podršci dojenju, većina zdravstvenih djelatnika nema znanja, stavova ni vještina potrebnih za pružanje kvalitetne pomoći dojiljama.⁴²⁻⁵⁰ Pružanje netočnih, kontradiktornih ili čak štetnih savjeta može imati ozbiljne posljedice za majku i dijete.⁵¹ Freed i sur. su u svom radu objavljenom u časopisu JAMA pokazali na velikom uzorku specijalizanata ($n=3115$) i specijalista ($n=1920$) ginekologije i porodništva, pedijatrije i obiteljske medicine, da je manje od 50% znalo pravilno liječiti dojeno dijete sa žuticom ili majku s apscesom dojke.⁴⁴ Na uzorku specijalizanata iz pedijatrije i obiteljske medicine, Guise i sur. su pronašli da je samo 5% ispitanika znalo da dojena djeca rastu različitom brzinom od umjetno hranjene djece nakon dobi od 4 mjeseca.⁴⁹ Taj opći nedostatak znanja o dojenju ponajprije je posljedica neodgovarajuće izobrazbe zdravstvenih djelatnika tijekom studija i nakon njega. Udžbenici često sadrže zastarjele preporuke koje nisu utemeljene na dokazima i osvrću se prije svega na sastav humanoga i umjetnoga mlijeka umjesto da produbljuju znanja i podučavaju vještinama potrebnim za pomoć dojilji.^{52,53,54,55} Zbog toga se mnogi zdravstveni djelatnici ne osjećaju se spremnim i kompetentnim savjetovati dojilje i pomoći im^{45,56,44,57,58} U istraživanju Register-a i sur. o znanju i samopouzdanju medicinskih sestara u pedijatrijskim ordinacijama, samo je 55% medicinskih sestara sebe smatralo učinkovitim u savjetovanju dojilja, a manje od pola su imale dovoljno samopouzdanja glede savjetovanja o količini mlijeka, dobivanju na težini ili lijekovima i dojenju.⁵⁷ Zbog manjka znanja mnogi se zdravstveni djelatnici pozivaju na svoje osobno iskustvo s dojenjem, što može pozitivno ili negativno utjecati na pacijente^{47,50,58}, ili upućuju majke na posebno izobražene savjetnice za dojenje. Iako je nađeno da Međunarodno certificirane savjetnice za dojenje (*engl.* International Board Certified Lactation Consultants-IBCLC) pružaju najbolju skrb dojiljama³⁸, te se preporučaju

kao edukatori o dojenju i predstavljaju ključne partnere u pružanju skrbi trudnicama i dojiljama^{39,42,59}, većina zdravstvenih ustanova nema na raspolaganju takvu vrstu zdravstvenih djelatnika. Stoga je uloga zdravstvenih djelatnika u stručnom savjetovanju dojilja tim veća. Ako se zdravstvenim djelatnicima ukaže mogućnost za pohađanjem izobrazbe o dojenju, najčešće se odazivaju medicinske sestre i primalje, i to obično one koje već o dojenju dosta znaju, ali su vjerojatno i svjesne veličine i složenosti toga područja, pa žele produbiti svoje znanje, a najmanje liječnici, iako upravo oni imaju ključnu ulogu u promicanju, potpori i zaštiti dojenja.^{60,61} U Hrvatskoj vlada tzv. liječnički model zdravstvene njege, gdje trudnice odlaze ginekolozima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, rađaju u rodilištima pod nadzorom porodničara te odlaze svojem pedijatru i obiteljskom liječniku za poslijeporođajnu i opću zdravstvenu skrb. Uzevši to u obzir, upravo je liječnicima nužno potrebna izobrazba o dojenju, počevši s preddiplomskim/diplomskim studijem, nastavivši tijekom specijalizacije, te redovito tijekom prakse. Brojna istraživanja su pokazala da većina zdravstvenih djelatnika koji skrbe o majkama i djeci žele dodatnu obuku o dojenju jer smatraju svoju izobrazbu nedostatnom da bi mogli kvalitetno pomagati svojim pacijentima.^{47,58,62}

1.8. Intervencije za poboljšanje znanja, stavova i prakse zdravstvenih djelatnika o dojenju

Brojni su modeli izobrazbe o dojenju za zdravstvene djelatnike i ne postoji potpuno suglasje o najučinkovitijem obliku.⁶³ Pedijatri koji su pohađali bilo koji oblik izobrazbe o dojenju imaju značajno više samopouzdanja u liječenju žena s poteškoćama vezanim za dojenje od onih pedijatara koji nisu prošli tu dodatnu specifičnu izobrazbu ($P < 0,001$).⁴⁷ Znanje obiteljskih liječnika, primalja i medicinskih sestara o dojenju se značajno popravilo ($P < 0,001$) nakon dvodnevne radionice koja je uključila prikaz slučaja i razgovor u malim skupinama; teme razgovora su odabrali sami sudionici tečaja.⁶⁴ Valdez i sur. su proveli trodnevni tečaj o dojenju za zdravstvene djelatnike te su dvije godine poslije ispitivali sudionike o njihovoj svakodnevnoj praksi i pronašli su da je 69% zdravstvenih djelatnika poboljšalo praksu od vremena kada su pohađali tečaj.⁶⁵ Randomizirana, kontrolirana studija provedena među zdravstvenim djelatnicima u Brazilu, u koji su isti bili podijeljeni u skupinu koja je prošla UNICEF-ov 40-satni tečaj o dojenju "Breastfeeding counselling: a training course", i u kontrolnu skupinu, pokazala je da odmah po završetku tečaja i 3 mjeseca poslije, trenirana skupina ima značajno bolje znanje o dojenju kao i bolje kliničke i komunikacijske vještine.⁶⁶ Također, vještine savjetovanja o dojenju, procijenjene s pomoću validiranog alata ("Breastfeeding Support Skills Tool") na uzorku primalja u Velikoj Britaniji, bile su značajno bolje u primalja koje su pohađale 20-satni tečaj o dojenju nego u kontrolnoj skupini.⁶⁷ Čak je i kratka obuka o dojenju, u trajanju od samo sat i pol vremena dovela do poboljšanja stavova o dojenju

medicinskih sestara u maloj seoskoj bolnici u Kanadi, te se posljedično povećala stopa isključivo dojene djece u rodilištu za 23%.⁶⁸ Jedan od najčešće citiranih radova o izobrazbi zdravstvenih djelatnika je istraživanje Cattanea i sur. u kojemu su proučili utjecaj UNICEF-ova 18-satnog tečaja na znanje, kliničke i komunikacijske vještine zdravstvenih djelatnika rodilišta i utjecaj toga tečaja na stopu dojenja nakon 3 i 6 mjeseci. Svi su se promatrani čimbenici značajno popravili nakon izobrazbe u odnosu na kontrolnu skupinu.⁶⁹ Durand i sur. su dokumentirali smanjenje odvajanja djeteta od majke u francuskom rodilištu nakon trodnevne edukacije (na 13% poslije s 52% prije edukacije), kao i rjeđe davanje nadohrane (na 63% poslije s 82% prije edukacije), ali nije došlo do promjene u duljini dojenja (prosjeck je ostao 12 tjedana u obje skupine).⁷⁰ To se pripisalo malom uzorku, pa se istraživanje ponovilo na većem broju roditelja; tada je nađeno da se duljina dojenja povećala s 13 na 16 tjedana nakon edukacije.⁷¹ Isti istraživači su proučili utjecaj izobrazbe zdravstvenih djelatnika na stopu isključivog dojenja u rodilištu i zabilježili značajno povećanje, s 15,8% prije tečaja na 35,2% poslije tečaja.⁷² Istraživanje Bechara Coutinho i sur., objavljeno u Lancetu 2005. godine, pokazalo je izrazito povećanje broja djece isključivo hranjene humanim mlijekom u rodilištu nakon provedbe UNICEF-ova 18-satnog tečaja o dojenju za zdravstvene djelatnike (na 70%), u odnosu na 21% prije tečaja. Posebnost toga istraživanja je u činjenici da su majke prilikom otpusta bile randomizirane na skupinu kojoj je bilo omogućeno 10 kućnih posjeta od savjetnica za dojenje tijekom prvih 6 mjeseci i skupinu bez tih posjeta. Uočeno je značajno povećanje stope isključivog dojenja žena koje su primile posjete u odnosu na one koje nisu, bez obzira na stanje izobrazbe zdravstvenih djelatnika rodilišta.⁷³ Za razliku od prethodnog rada, Grossman i sur. nisu dokumentirali povećanje stope isključivog dojenja u rodilištu nakon provedbe 12-satnog tečaja o dojenju, ali jesu zabilježili povećanje broja žena koje su počele dojiti (58.5% vs. 64.7%).⁷⁴ U posljednje vrijeme se sve više radi na izobrazbi zdravstvenih djelatnika primarne zdravstvene zaštite s obzirom da je njihova podrška i pomoć dojiljama ključna za održavanje visoke stope isključivog i ukupnog dojenja u populaciji. Tako su Ingram i sur. proveli UNICEF-ov trodnevni tečaj među patronažnim i pedijatrijskim sestrama u Engleskoj te zabilježili značajno povećanje znanja, pozitivnih stavova i prikladne prakse u odnosu na dojenje, kao i povećanje stopa ukupnog dojenja i isključivog dojenja 8 tjedana poslije tečaja.⁷⁵

1.9 Inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“

Među najuspješnijim i najkvalitetnijim oblicima izobrazbe zdravstvenih djelatnika pokazao se tečaj Svjetske zdravstvene organizacije/United Nations International Children's Emergency Fund (SZO/UNICEF)-a u okviru inicijative „Rodilište-prijatelj djece“ (engl. *Baby Friendly Hospital Initiative* – BFHI).^{67,69,73,75} U sustavnom pregledu Dysona i suradnika o mjerama koje promiču

započinjanje i nastavak dojenja zdrave, donošene djece, preporučuje se inicijativa „Rodilište – prijatelj djece“ kao učinkovita mjera.⁷⁶ Skupina istraživača iz Velike Britanije je 2006. godine provela analizu o edukacijskim potrebama zdravstvenih djelatnika glede podrške dojenju, te su također zaključili da provedba BFHI, odnosno izobrazba zdravstvenih djelatnika u obliku 18-satnog tečaja (koji čini temelj inicijative), može poboljšati znanje, stavove, praksu i samopouzdanje zdravstvenih djelatnika o dojenju i posljedično znatno povećati stopu dojenja.^{59,77}

Inicijativa „Rodilište-prijatelj djece“ je predstavljena od SZO i UNICEF-a 1991.godine kao najviši standard postupaka zaštite, unapređenja i poticanja dojenja u rodilištima.²⁶ Do danas je više od 21.000 zdravstvenih ustanova u preko 160 zemalja provelo tu inicijativu te zadovoljilo uvjete za dobivanje ugledne titule „Rodilište – prijatelj djece“. BFHI počiva na *Deset koraka do uspješnog dojenja*⁷⁸ (tbl. 2) te naglašava važnost prihvaćanja i primjene „Međunarodnog kodeksa za marketing zamjenskog mlijeka“ (Kodeks).⁷⁹

Tablica 2. Deset koraka do uspješnog dojenja²⁶

Korak	Kriterij
1.	Imati pisana pravila o dojenju dostupna cjelokupnom zdravstvenom osoblju.
2.	Poučiti zdravstveno osoblje vještinama potrebnim za primjenu tih pravila.
3.	Obavijestiti sve trudnice o prednostima majčina mlijeka i o tome kako se doji.
4.	Pomoći majkama da počnu dojiti već pola sata nakon djetetova rođenja.
5.	Pokazati majkama kako se doji i kako će sačuvati izlučivanje mlijeka čak i kad su odvojene od svoje dojenčadi.
6.	Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu ili piće, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski opravdano.
7.	Omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata na dan (engl., <i>rooming-in</i>).
8.	Poticati majke da doje na djetetovo traženje.
9.	Ne davati dude varalice djeci koja se doje.
10.	Poticati osnivanje skupina za potporu dojenju i uputiti majke na njih pri izlasku iz rodilišta ili bolnice.

Od 1993. godine, UNICEF je na području Hrvatske započeo provedbu programa „Promicanje dojenja u Republici Hrvatskoj“ s naglaskom na projekt „Rodilišta – prijatelji djece“.⁸⁰ Provođenje „Programa promicanja dojenja“ u razdoblju od pet godina (1993.-1999.) na području Republike Hrvatske donijelo je titulu „Rodilište – prijatelj djece“ za 15 od ukupno 34 rodilišta u Republici Hrvatskoj (Rijeka, Karlovac, Osijek, Varaždin, Šibenik, Koprivnica, Đakovo, Zabok, Nova Gradiška, Pula, Sisak, Čakovec, Makarska, Sinj i Zadar). Navedenim rezultatima ostvarenim do

1999. godine Hrvatska je po broju rodilišta s nazivom “Rodilište – prijatelj djece” bila na trećem mjestu u Europi, iza Švedske i Norveške.

Od 1. studenoga 1999. godine započela je u Hrvatskoj podjela bolničkog paketa za roditelje „Sretna beba” koja po sadržaju nije bila u skladu s Međunarodnim pravilnikom o reklamiranju nadomjestaka majčinog mlijeka te je negativno ocijenjena od strane UNICEF-a. Sukladno navedenoj negativnoj ocjeni, zaustavlja se program „Promicanja dojenja” u rodilištima na području Republike Hrvatske.

Inicijativa “Rodilište – prijatelj djece” nastavljena je 2006. godine. Voditelji svih rodilišta u Republici Hrvatskoj donijeli su odluku o sudjelovanju u programu „Rodilište – prijatelj djece”. Ured UNICEF-a u Republici Hrvatskoj osnovao je Programski savjet za ponovno provođenje Inicijative. Istodobno je osnovano Nacionalno povjerenstvo za promicanje i zaštitu dojenja, pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi, čiji su članovi apelirali na Vladu da povuče odluku o distribuciji paketa „Sretna beba”, što je i učinjeno 11. rujna 2007. godine.

Temelj inicijative „Rodilište -prijatelj djece“ čini UNICEF-ov tečaj o dojenju za zdravstvene djelatnike rodilišta. Novi, revidirani i prošireni 20-satni tečaj predstavljen je 2006. godine. Taj tečaj je obnovljen kako bi obuhvatio i prepreke za implementaciju BFHI koje su uočene od 1992. i uključio najnovija saznanja utemeljena na dokazima u odnosu na prehranu dojenčadi i male djece te ojačao provođenje Međunarodnog Kodeksa za reklamiranje nadomjestaka za majčino mlijeko.⁸¹

2. CILJEVI I HIPOTEZE

CILJEVI ovog istraživanja su:

- 1) Ispitati znanje, stavove i uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta o dojenju;
- 2) Na reprezentativnom uzorku djece odrediti prevalenciju isključivog dojenja u 48. satu i pri otpustu iz bolnice te u 3. i 6. mjesecu života, prema definicijama SZO;
- 3) Ispitati točnost podataka o isključivom dojenju u rodilištu koristeći različite metode prikupljanja podataka o prehrani novorođenčadi;
- 4) Ispitati *utjecaj* UNICEF-ovog *novog* 20-satnog tečaja na znanje, stavove i individualnu praksu zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta o dojenju;
- 5) Ispitati *utjecaj* izobrazbe zdravstvenih djelatnika rodilišta, putem UNICEF-ova 20-satnog tečaja, na praksu naklonjenu dojenju u splitskom rodilištu;
- 6) Ispitati *utjecaj* izobrazbe zdravstvenih djelatnika rodilišta, putem UNICEF-ova 20-satnog tečaja, na stopu *isključivog* dojenja u 48. satu, pri otpustu iz rodilišta te u 3. i 6. mjesecu po porodu;
- 7) Ispitati *utjecaj* izobrazbe zdravstvenih djelatnika rodilišta, putem UNICEF-ova 20-satnog tečaja, na stopu *ukupnog* dojenja u 48 satu, pri otpustu iz rodilišta te 3, 6 i 12 mjeseci po porodu.

HIPOTEZA: Očekuje se da će izobrazba zdravstvenih djelatnika, u vidu UNICEF-ova 20-satnog tečaja za zdravstvene djelatnike rodilišta, značajno **poboljšati**:

- 1) znanje, stavove i individualnu praksu zdravstvenih djelatnika prema dojenju;
- 2) praksu naklonjenu dojenju u rodilištu;
- 3) stopu isključivog dojenja tijekom prvih 48 sati po porodu, pri otpustu iz rodilišta i 3 i 6 mjeseci nakon rođenja djece;
- 4) stopu ukupnog dojenja tijekom prvih 48 sati po porodu, pri otpustu iz rodilišta te 3, 6 i 12 mjeseci nakon rođenja.

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Način prikupljanja podataka

Odobrenje za izvođenje ovog istraživanja dobiveno je od Etičkoga povjerenstva Kliničkoga bolničkog centra Split. Svi sudionici studije (rodilje i zdravstveni djelatnici) dali su informirani pristanak nakon što im je objašnjena svrha istraživanja, osigurana anonimnost i mogućnost odustajanja u daljnjem istraživanju.

Istraživanja opisana u **prvom dijelu** ove disertacije, u kojem je analizirano stanje prije i poslije izobrazbe osoblja (intervencija) s obzirom na znanja, stavove i uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika o dojenju, provedena su u 5 od 9 dalmatinskih zdravstvenih ustanova koje imaju rodilišta: Klinički bolnički centar Split, Opća bolnica Šibenik, Opća bolnica Zadar, Opća bolnica Dubrovnik i Dom zdravlja splitsko-dalmatinske županije-ispostava Sinj. Tri od pet navedenih rodilišta (Šibenik, Sinj, Zadar) su u devedesetim godinama prošloga stoljeća bila postigla status „Prijatelja djece“, ali su taj status izgubili jer nije došlo do reakreditacije/obnavljanja unutar predviđenog roka.

Analiza stope isključivog dojenja u rodilištu (**drugi dio studije**), te analiza iskustava majki tijekom trudnoće, boravka u rodilištu i način prehrane njihove djece nakon otpusta iz bolnice, prije i poslije izobrazbe osoblja (**treći dio studije**), provedeni su u Kliničkom bolničkom centru Split i na Katedri za obiteljsku medicinu pri Medicinskom fakultetu u Splitu.

3.2. Utjecaj izobrazbe osoblja na znanja i stavove o dojenju te na uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika u dalmatinskim rodilištima

U ovom dijelu studije, svi zaposleni zdravstveni djelatnici u devet dalmatinskih rodilišta (uz gore navedena to su bila i rodilišta u Imotskom, Kninu, Makarskoj i Metkoviću): ginekolozi, pedijatri, primalje, medicinske sestre, stažisti i specijalizanti su pozvani na sudjelovanje u istraživanju.

Kao dio nacionalne inicijative „Rodilište – prijatelj djece” u svakom od navedenih rodilišta imenovan je tzv. ’koordinator za dojenje’, koji je za potrebe ove studije telefonski kontaktiran radi utvrđivanja broja ispitanika u ustanovi kao i radi osiguravanje podrške i razumijevanja za ovu studiju.

Ukupno 477 anonimnih upitnika predviđenih za individualno samopopunjavanje poslano je u studenom 2007. godine bolničkim koordinatorima, koji su ih podijelili te nakon popunjavanja prikupili i dostavili za obradu.

Između prosinca 2007. i veljače 2009. godine u pet od devet rodilišta (Dubrovnik, Sinj, Zadar, Šibenik, Split) organiziran je i održan UNICEF-ov 20-satni tečaj kojem su nazočila 424 zdravstvena djelatnika. Bolnički koordinatori su u tim ustanovama trebali ponovno podijeliti isti upitnik tri mjeseca nakon tečaja. Budući da u četiri manja rodilišta (Imotski, Knin, Makarska i Metković) dvadesetosatni tečaj nije bio organiziran, ona su bila isključena iz ove studije. Također, budući da ukupno 116 djelatnika Klinike za pedijatriju KBC Split nije pohađalo tečaj, ta klinika je u post-intervencijskom dijelu istraživanja bila isključena iz studije. Sve navedeno omogućilo je prikupljanje 308 anketnih obrazaca za potrebe ove studije.

3.2.1. Oblikovanje upitnika

Upitnik na šest stranica uključivao je popratno pismo objašnjenja studije; slijedilo je devet pitanja provjere teorijskog znanja o dojenju, šest pitanja koja su se odnosila na praktična znanja o dojenju, sedamnaest pitanja koja su testirala stavove prema dojenju i šest demografskih/osobnih pitanja (prilog 1). Demografski dio upitnika uključivao je podatke o dobi, spolu te radnom mjestu i prirodni profesionalne prakse, a osobnim pitanjima utvrđivalo se ima li ispitanik/ica djecu, i ako ima, jesu li ona bila dojena. Pitanja o znanju i praksi iz područja dojenja temeljila su se na sadržaju standardiziranog UNICEF-ovog 20-satnog tečaja, a stavovi zdravstvenih djelatnika s obzirom na prehranu novorođenčadi procjenjivala su se primjenom Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). Studija De la More i suradnika na uzorku žena, među kojima su bile one koje su dojile i one koje su hranile djecu umjetnim mlijekom, pokazala je da IIFAS ima veoma dobru pouzdanost (Cronbach α se kreće od 0,85 do 0,86) i validnost za mjerenje majčinih stavova prema metodi hranjenja djeteta⁸². To je potvrdila i dr. Marinović Guić u svojem istraživanju na uzorku trudnih žena u Splitu, gdje se pokazalo se da IIFAS ima Cronbach alfa od 0,73.²⁵ Može se koristiti i za ispitivanje stavova osoba koji utječu na majčinu odluku o dojenju (npr. druga majka, prijateljica, liječnik...).

Dopuštenje za uporabu IIFAS pribavljeno je od dr. Claibourne I. Dungy s University of Iowa, Department of Pediatrics, USA, a prijevod od Marinović Guić s Medicinskog fakulteta u Splitu.

Tablica IIFAS sastavljena je od 17 tvrdnji koje vrjednuju stavove prema dojenju i hranjenju umjetnim mlijekom, a odnose se na zdravlje djeteta, prehrambeni doprinos, ekonomsku isplativost i prikladnost svake metode hranjenja kao i na prirodu majčina vezivanja s djetetom.⁸²

Za procjenu stavova koristila se ljestvica s pitanjima Likertovoga tipa od 1 do 5 (1 – nimalo nisam suglasan, 2 – nisam suglasan, 3 – ne mogu se odlučiti, 4 – suglasan sam, 5 – u potpunosti sam suglasan). Ukupan zbroj bodova omogućio je svrstavanje ispitanika u jednu od sljedećih kategorija:

Stav 1: 17-37 vrlo pozitivan prema hranjenju umjetnim pripravcima,

Stav 2: 38-48 pozitivan prema hranjenju umjetnim pripravcima,

Stav 3: 49-69 neutralan prema dojenju,

Stav 4: 70-80 pozitivan prema dojenju i

Stav 5: 81-85 veoma pozitivan prema dojenju.

Čitljivost i razumljivost upitnika bila je provjerena na prikladnom uzorku studenata te liječnika opće medicine, nakon čega su nejasnoće uklonjene.

3.2.2. Intervencija

20-satni tečaj UNICEF / WHO iz 2006. godine za zdravstveno osoblje bio je u ovoj studiji intervencija. Tečaj je činilo 15,5 sati teorijske edukacije i 4,5 sata praktičnoga rada koji se odnosio na promociju i podršku dojenja.⁸¹ Edukaciju edukatora koji su bili nositelji tečaja organizirao je stručni tim Nacionalnog Povjerenstva za inicijativu „Rodilište – prijatelj djece”. Bolnički koordinatori za dojenje iz cijele Hrvatske bili su pozvani na dvodnevni tečaj u studenom 2007. godine, koji je uključivao sve dijelove standardiziranog 20-satnog tečaja. Edukatori su dobili materijale za tečaj prevedene na hrvatski jezik, a preporučilo im se da osnuju timove za provođenje inicijative „Rodilište – prijatelj djece” u svojim ustanovama i da organiziraju i održe 20-satni tečaj. Tražilo se da u svakom rodilištu najmanje 80% osoblja porodiljskih/pedijatrijskih odjela pohađa tečaj. Sadržaj i ukupna duljina trajanja tečaja nisu se mogli mijenjati, dok su vrijeme održavanja i način organizacije tečaja varirali od ustanove do ustanove.

3.3. Stope isključivog dojenja u KBC Split

Klinika za ženske bolesti i porode Kliničkog bolničkog centra Split je u vrijeme izvođenja ove studije brojila 159 kreveta, od kojih su 88 bili kreveti namijenjeni babinjačama. Godine 2008. obavljeno je 4468 poroda uz perinatalnu stopu smrtnosti od 5,9/1000. Žene su u prosjeku ostajale u bolnici tri dana nakon normalnog vaginalnog poroda i šest dana nakon poroda carskim rezom, kojim je obavljeno 16% poroda. Omjer broja medicinskih sestara/primalja prema broju babinjača bio je 1:20.

Nakon poroda majke su bile premještane u četverokrevetne sobe na odjelu za babinjače, dok su njihova novorođena djeca bila smještena u posebnu sobu „ za promatranje“ u kojoj su boravila do pedijatrijskog pregleda. Nakon toga razdoblja odvojenosti, djeca bi bila smještena u sobu do majčine koja je bila odvojena staklenim zidom, gdje se o njima brinulo bolničko osoblje. Nakon buđenja, novorođenče se nosilo (često uplakano) majci na podoj ili bi se hranilo umjetnim mlijekom svaka tri sata. Godine 2010. Klinika za ženske bolesti i porode je preseljena u novu, namjenski izgrađenu zgradu, gdje je omogućen stalni zajednički boravak majke i djeteta u sobi.

3.3.1. Ispitanice

Bolnički podatci o prehrani novorođenčadi, za svrhu analize stope isključivog dojenja, prikupljeni su između veljače i svibnja 2008. godine na odjelu babinjača. Podatci o prehrani novorođenčadi nakon otpusta iz bolnice za taj dio studije, dobiveni su od 157 majki koje su predstavljale skupinu majki kontaktiranu nakon 12 mjeseci u pre-intervencijskoj skupini. Kriteriji za uključenje bili su: porod najmanje 24 sata prije intervjuja te zdravo, terminsko novorođenče, porođajne težine 2500 grama ili više. Majke uključene u ovaj dio studije praćene su telefonskim intervjuima 3, 6 i 12 mjeseci nakon poroda.

3.3.2. Način prikupljanja podataka

Podatci o prehrani su prikupljeni u rodilištu za svako dijete iz četiri različita izvora:

- 1) standardni „Novorođenački list“ (list)
- 2) nove, za ovu studiju izrađene „ Tablice prehrane novorođenčadi“ (tablica),
- 3) intervju s majkom u bolnici (majka),
- 4) „Zdravstvena knjižica za predškolsku djecu“ (knjižica).

1) „Novorođenački list“ je standardni obrazac koji se koristi u ustanovama diljem Hrvatske i bivše Jugoslavije. Sadrži datum rođenja majke, krvnu grupu, osobne podatke majke kao i Apgar skor djeteta, te podatke o novorođenačkoj težini i duljini, spolu, detalje o cijepljenju ili nekom liječenju te bilješke o kliničkom statusu i rezultatima laboratorijskih pretraga. Sadrži i rubriku o „prehrani“ s jednim kvadratićem za svaki dan proveden u bolnici, u koji dežurni pedijatar-neonatolog može unijeti dnevne podatke o prehrani, uključujući naloge za dodatnom prehranom, ako za to postoji medicinska indikacija. Obično se podatci tijekom boravka u rubriku unose samo jednom i, ako se prehrana ne mijenja, podrazumijevat će se da je dijete cijelo vrijeme hranjeno na isti način. Na primjer, ako je dijete odmah po rođenju podojeno, „dojeno“ će biti uneseno pod

datumom rođenja i nakon toga ne će biti drugih unosa, osim u slučaju da je pedijatar zatražio (i evidentirao) davanje umjetnih pripravaka (ili nečeg drugog). Svi novorođenački listovi su se držali (a i sada u novoj zgradi je tako) u posebnoj prostoriji na odjelu babinjača, dakle njihovo ispunjavanje zahtijeva dodatni napor.

2) „Tablica prehrane novorođenčadi“ uvedena je za potrebe ovog istraživačkoga projekta (prilog 2). Od bolničkog osoblja se tražilo upisivanje svih detalja o prehrani dojenčeta, uključujući i razloge za davanje nadomjestaka majčinom mlijeku. Te tablice su bile (za razliku od novorođenačkih listova), zajedno s olovkom, pričvršćene za djetetov krevetić, kako bi osoblje moglo odmah evidentirati svaki unos hrane ili tekućine.

3) Sve majke su bile intervjuirane prije otpusta. Od svih je zatražen i dobiven potpisan informirani pristanak. Korišten je standardizirani „Upitnik za praćenje bolnica- prijatelja djece“ koji uključuje i pitanje „je li Vaše dijete od rođenja dobilo bilo što osim majčinog mlijeka?“ na što je majka mogla odgovoriti „da“, „ne“ ili „ne znam“.

4) Tijekom otpusta, dežurni neonatolog ispuni obrazac „Pregled novorođenčeta kod otpusta“, sastavni je dio Zdravstvene knjižice za predškolsku djecu, koja se davala svim novim roditeljima/novorođenčadi. Za podatke o prehrani novorođenčeta ponuđene su tri mogućnosti odabira: „prirodna“, „umjetna“ i „miješana“. Na unutarnjoj strani vanjskog omota knjižice bile su upute za popunjavanje, ali bez tumačenja gore navedenih mogućnosti odabira. Neslužbena usmena komunikacija s glavnim urednikom te knjižice otkrila je da su pedijatri prije uvođenja zdravstvenih knjižica bili upućeni u način ispunjavanja knjižice i da im je bilo rečeno da svakako odaberu odgovarajuću metodu prehrane djeteta od rođenja. Ta se procjena obično temeljila na podatku iz „Novorođenačkog lista“. Obrazac „Pregled novorođenčeta kod otpusta“ bio je popunjen u triplikatu, jednu kopiju je zadržala bolnica, jedna je bila poslana Regionalnoj upravi za javno zdravstvo u statističke svrhe, a jednu bi zadržala majka. U telefonskom razgovoru obavljenom 12 mjeseci nakon poroda tražilo se od majki da pročitaju taj podatak s obrasca „Pregled pri otpustu“ u Zdravstvenoj knjižici predškolskog djeteta.

3.3.3. Razrada korištenog nazivlja

Definicije dojenja koje preporuča SZO korištene su da bi se odredile stope isključivog dojenja u dvije vremenske odrednice: tijekom prvih 48 sati i od rođenja do otpusta iz bolnice. Temeljem tih definicija, novorođenčad se kategorizira u tri skupine: 1) isključivo dojena (ID), 2) nedojena (ND) i 3) dojena uz dodatnu hranu ili „miješana“ prehrana (MP). Da bi novorođenče bilo svrstano u kategoriju ID, trebalo je biti hranjeno samo majčinim mlijekom, uz izuzetak kapi, sirupa (vitamina,

minerala, lijekova) i oralnih rehidracijskih otopina. Prema Novorođenačkom listu i Tablicama prehrane novorođenčadi, ako je dijete dobilo umjetno mlijeko tijekom prvih 48 sati, onda je automatski bilo uvršteno u „miješanu“ kategoriju i pri otpustu. Ako nisu zabilježeni nikakvi dodatci majčinu mlijeku u prvih 48 sati, tada se dijete uvrštavalo u kategoriju ID, a zatim dalje kategoriziralo ovisno o tome jesu li dodatci bili dokumentirani nakon prvih 48 sati. Ako su majke bile intervjuirane u roku od 48 sati nakon poroda i ako su izjavile da im dijete nije primilo nikakve dodatke prehrani, onda ih se uvrstilo u ID skupinu za to početno vrijeme, ali se kategoriju otpusta ostavljalo praznom. Ako su izjavile da im je novorođenče dobilo umjetno mlijeko uskoro nakon rođenja, onda bi se ih stavilo u „miješanu“ kategoriju (MP) za obje vremenske odrednice. Isto tako, ako je majka bila intervjuirana neposredno prije otpusta i izjavila da je dijete dobilo umjetno mlijeko, tada bi se to dijete stavilo u MP kategoriju pri otpustu, ali bi se 48-satna varijabla ostavljala prazna. S obzirom da su obrasci Zdravstvene knjižice bili ispunjeni pri otpustu, 48-satne varijable su bile uzete u obzir isključivo kada je „ prirodnu“ ili „ umjetnu“ prehranu izabrao pedijatar. Ni jedno od novorođenčadi u našem uzorku nije primilo tekućine na bazi vode (npr. zašećerenu vodu) kao dodatak majčinom mlijeku, a ni jedno dojenče nije bilo hranjeno isključivo umjetnim mlijekom tijekom boravka u bolnici. Dakle, zbroj ID i MP novorođenčadi za naš uzorak iznosio je 100%. Dodatna prehrana bila je u obliku zamjenskog pripravka mlijeka (formule) koja se davala na bočicu.

3.4. Utjecaj izobrazbe osoblja na iskustva majki tijekom trudnoće, poroda i boravka u splitskom rodilištu

Kao jedinom KBC-u na jugu Hrvatske, rodilištu u Splitu gravitiraju žene iz cijele Dalmacije kao i žene iz susjedne Bosne i Hercegovine. Parovi majka/dijete praćeni su kroz vrijeme od 12 mjeseci i to prije i poslije održavanja tečaja za zdravstvene djelatnike. Prva skupina majki (prije tečaja) intervjuirana je između veljače i svibnja 2008. godine, a druga skupina (poslije tečaja) između travnja i kolovoza 2009. godine. Potpuno jednaki kriteriji uključenja majki i način prikupljanja podataka primijenjeni su u obje skupine.

3.4.1. Ispitanice

U studiju su bile uključene žene koje su rodile donošeno dijete (nakon 36. tjedna trudnoće), a majke čija su djeca morala boraviti na odjelu neonatologije, majke blizanaca te majke sa stalnim boravkom u BiH su bile isključene iz studije.

3.4.2. Prikupljanje podataka

Voditeljica studija kao i studenti medicine na višim studijskim godinama, nakon obuke su u parovima svaki drugi dan odlazili na Kliniku za ženske bolesti i porode svim roditeljama koje su zadovoljile ulazne kriterije. Da bi se izbjegla pristranost, prilikom prikupljanja podataka svaki je put odabran drugi kraj odjela za babinjače. Svakoj majci koja je pristala sudjelovati u istraživanju objašnjena je njegoova svrha i sadržaj, nakon čega su potpisale pristanak na sudjelovanje i dobile primjerak istog s kontaktnim brojem voditeljice studije, za slučaj potrebe za dodatnim objašnjenjima.

3.4.3. Oblikovanje upitnika

Pri anketiranju je korišten upitnik SZO/UNICEF-a „za nadzor i praćenje rodilišta“, utemeljen na verziji razvijenoj i korištenoj u sklopu inicijative „Rodilište – prijatelj djeteta“ (engl. *Baby Friendly Hospital Initiative-BFHI*) u Norveškoj (prilog 3).⁸³ On se rabi za dobivanje povratne informaciju od majki, kako o njihovim iskustvima sa službama prenatalne skrbi, tako i o iskustvima stečenim u rodilištima nakon porođaja. Upitnik je sadržavao pitanja koja su se odnosila na korake 3-10 BFHI⁷⁸. Uz to su postojala i pitanja u odnosu na sukladnost s odredbama Međunarodnoga kodeksa, te u odnosu na potporu koja se pruža majkama koje ne doje. U svrhu ovog istraživanja dodani su demografski podatci (mjesto boravka, dob, bračni status, razina obrazovanja, broj djece, prijašnje iskustvo s dojenjem, odnos prema pušenju duhana, profesionalni odnos, planirana duljina trajanja porodiljskog dopusta i obiteljski prihodi), kao i pitanja o pohađanju trudničkog tečaja, postojanju inicijalnog kontakta koža-na-kožu pri porodu te pitanja u svezi vremena prvog podoja. Upitnik se sastojao od 62 pitanja, od čega su na 59 odgovarale majke, a na preostala tri pitanja medicinsko osoblje: o načinu prehrane djeteta u rodilištu prema tablicama prehrane i o razlozima eventualne nadohrane.

Podatci o prehrani djece uključenih majki bili su evidentirani u „Tablicama prehrane dojenčadi“ u kojima su medicinske sestre za svaki obrok zapisivale što je dijete dobilo i kada, te ukoliko je dobilo nadohranu umjetnim pripravcima, zbog čega se tako postupilo.

Nakon otpusta iz bolnice, majke su bile telefonski kontaktirane tri mjeseca nakon poroda, a ako je majka tada dojila, ponovno je nazvana nakon šest, odnosno 12 mjeseci. Prilikom telefonskog kontakta upotrijebljen je strukturirani upitnik da bi se dobila informacija o duljini i „ekskluzivnosti“ dojenja koji se zasnivao na opisu stanja u posljednja 24 sata (prilozi 4 i 5). Da bi se izbjegla usredotočenost na dojenje, a time i moguća pristranost u odgovorima, prikupljali su se podatci o

cjelokupnoj prehrani djeteta u posljednja 24 sata. Majke s kojima kontakt nije bio uspostavljen ni nakon višestrukih pokušaja (n = 10) bile su isključene iz studije.

3.4.4. Intervencija

Kao i u prvoj fazi istraživanja, 20-satni tečaj SZO/UNICEF iz 2006. godine za osoblje rodilišta je i u ovom dijelu studije bio intervencija. Tečaj je u KBC Split održan u dva navrata, u svibnju 2008. godine i u veljači 2009. godine da bi se postiglo da više od 80% od 271 zdravstvenog djelatnika koji su trebali biti uključeni u ovaj tečaj i odslušaju.

3.5. Statistička raščlamba

3.5.1. Prvi dio istraživanja

Veličina uzorka nije mogla biti unaprijed određena jer se nije znalo koliko će rodilišta u regiji održati tečaj i time zadovoljiti kriterije za uključivanje u studiju. Prikupljeni podaci bili su upisivani u unaprijed određene datoteke EpiData. Statistička raščlamba provedena je statističkim programom Stata (verzija 7.0. StataCorp LP, College Station, Texas).

Anonimnost je smatrana nužnom radi boljeg odaziva i dobivanja što pouzdanijih odgovora, no onemogućila je sparivanje ulaznih s izlaznim podacima te multivarijantnu analizu.

Interferentne varijable, poput dobi, spola, zanimanja i ranijeg iskustva s dojenjem, kontrolirane su primjenom jednostavne univarijantne analize. Za procjenu razlika između početnih podataka i onih koji su dobiveni nakon tečaja, kao i za vezu između varijabli o znanju, stavovima i praksi, te onih koje bi mogle utjecati na rezultate, primijenjeni su χ^2 test i Fisher-ov test. Navedeni statistički testovi su također korišteni kako bi se raščlanili odnosi između varijabli koje testiraju znanja, stavove i praksu zdravstvenih djelatnika i demografskih varijabli (spol, starost, zanimanje i zvanje, ranije iskustvo dojenja). Stratifikacijska analiza je provedena u slučajevima pronađene povezanosti između navedenih demografskih varijabli i znanja, prakse i stavova zdravstvenih djelatnika. Nezavisni t-test na dva uzorka bio je korišten u usporedbi podataka IIFAS prije i nakon tečaja.

3.5.2. Drugi dio istraživanja

Podatci dobiveni pregledom novorođenačkih listova, tablica prehrane, intervjuiranjem majki i iz obrazca „Pregled novorođenčeta kod otpusta“ uneseni su u Excel datoteke. Dvostruku provjeru svih unosa provela je kolegica koja nije bila uključena u istraživanje. Skupine su uspoređene primjenom

dvostranoga McNemar testa za uparene proporcije iz statističkoga paketa MedCalc v.11.6.1 za Windows-e (MedCalc Software Mariakerke, Belgija).

3.5.3. Treći dio istraživanja

Uzimajući u obzir projicirani „gubitak“ od oko 20% ispitanica, izračunato je da je za uočavanje razlike u stopi isključivog dojenja od 10% potreban uzorak od 330 majki (za α od 5% i snagu studije iznad 90%).

Pohrana podataka provedena je programom EpiData (The Epidata Association, Odense, Denmark), a analizirana u SPSS statističkom program, verzija 14. Za procjenu razlika između rezultata prije i nakon tečaja korišteni su χ^2 test i Fisher-ov test.

Logistički regresijski model bio je ugrađen u analizu podataka kako bi se postigla kontrola neuravnoteženih varijabli u skupinama majki prije i poslije intervencije (tečaja). Ovisna varijabla koja je uzeta u obzir bila je isključivo dojenje u prvih 48 sati nakon poroda.

Opažene razlike su smatrane statistički značajnim za $P < 0,05$.

4. REZULTATI

4.1. Utjecaj izobrazbe osoblja na znanja i stavove o dojenju te na uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika u rodilištima Dalmacije

4.1.1. Osobitosti ispitanika

Zbog posebnih problema s dostavom ispunjenih upitnika, u dijelu studije koji se odnosio na stanje prije održavanja tečaja, bilo je moguće analizirati samo 223 od ukupno poslana 424 upitnika, dakle stopa povrata upitnika je iznosila 53%. Nakon tečaja, 213 od 308 zdravstvenih djelatnika vratilo je popunjene upitnike (stopa povrata upitnika 69%, tbl. 3).

Tablica 3. Značajke ispitanika prije i 3 mjeseca poslije UNICEF/SZO 20-satnoga tečaja za zdravstvene djelatnike rodilišta

Čimbenik	Broj (%) ispitanika		P
	Prije tečaja (n = 223)*	Poslije tečaja (n = 213)*	
Zvanje			
Primalja	99 (45,8)	122 (59,2)	<0,001†
Medicinska sestra	57 (26,4)	51 (24,8)	
Pedijatar	39 (18,1)	7 (3,4)	
Ginekolog	17 (7,9)	22 (10,7)	
Drugo§	4 (1,9)	4 (1,9)	
Muški spol	27 (12,6)	15 (7,3)	0,071 ‡
Dob (godine)			
< 36	45 (21,2)	46 (22,8)	0,303 ‡
36-50	126 (59,4)	106 (52,5)	
> 50	41 (19,3)	50 (24,8)	
Ispitanici s djecom	181 (82,3)	164 (79,2)	0,425 ‡
Ispitanici s dojenom djecom	162 (91,5)	143 (83,6)	0,025 ‡
Broj dobivenih anketa	223/424 (52,6)	213/308 (69,2)	0,024‡

* Ukupan broj ispunjenih upitnika varira kod pojedinih varijabli ukoliko zdravstveni djelatnik nije odgovorio na pojedino pitanje.

†Fisher'ov egzaktni test.

‡ χ^2 .

§ Stažist, specijalizanti porodništva/ginekologije, pedijatrije i obiteljske medicine.

Većinu ispitanika činile su primalje, nakon njih su slijedile medicinske sestre pa pedijatri i ginekolozi. Postojala je značajna razlika između skupina u odnosu na pitanje o "zvanju i zanimanju" (tablica 3). To se donekle moglo i očekivati zbog činjenice da je 116 zdravstvenih djelatnika Klinike za pedijatriju isključeno iz post-intervencijskog dijela studije, što zapravo čini značajan dio pre-intervencijskog uzorka (27%). S obzirom da su mnogi pedijatri muškoga spola, time se može objasniti nalaz da je post-intervencijski uzorak (nakon tečaja) imao manje ispitanika muškoga spola a time i manje ispitanika koji su dojili djecu.

U obje je skupine većina ispitanika bila u dobi od 36 do 50 godina, dok su mlađi od 36 i stariji od 50 godina su bili jednakomjerno raspoređeni u obje skupine. Otprilike 80% ispitanika u obje skupine bili su roditelji (tablica 3).

4.1.2. Teorijska znanja o dojenju

U post-intervencijskoj skupini došlo je do značajnih poboljšanja u dijelu koji se odnosio na mjerenje teorijskih znanja o dojenju (tablica 4).

Tablica 4. Znanje zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta prije i 3 mjeseca poslije tečaja

Područje znanja	Broj (%) ispitanika koji su točno odgovorili		P
	Prije tečaja (n = 223)*	Poslije tečaja (n = 213)*	
Definicija ID [†]	192 (86,1)	207 (97,6)	<0,001 [‡]
Vrijeme prvog podoja	98 (44)	126 (59,4)	0,001 [‡]
Priprema dojke u trudnoći	43 (19,6)	118 (56,5)	<0,001 [‡]
Bolnička praksa koja podržava dojenje	97 (44,3)	174 (82,1)	<0,001 [‡]
Uloga prolaktina	172 (79,3)	192 (91,9)	<0,001 [‡]
Znak nepravilnog prijanjanja	183 (84,3)	177 (84,3)	>0,950 [‡]
Znak nepravilnog položaja	103 (48,6)	173 (84,8)	<0,001 [‡]
Prepreke dojenju	202 (91,8)	191 (90,5)	0,635 [‡]
Liječenje ragada	145 (65,9)	193 (91,9)	<0,001 [‡]

* Ukupan broj ispunjenih upitnika varira kod pojedinih varijabli ukoliko zdravstveni djelatnik nije odgovorio na pojedino pitanje.

[†]ID, isključivo dojenje.

[‡], χ^2 test.

Pomak nabolje nije bio zabilježen u odnosu na samo dvije teme („znakovi slabog prijanjanja dojenčeta” i „prepreke dojenju u bolnici”), kod kojih je već u pre-intervencijskoj skupini 84% i 92% ispitanika točno odgovorilo na postavljena pitanja, ostavljajući minimalan prostor za poboljšanje. S druge strane, iako je poznavanje definicije isključivog dojenja kao „prehrane samo majčinim

mlijekom, bez dodatka pića (voda, kamilica, sok) i dohrane“, bilo i prije tečaja evidentno u većine ispitanika (86%), u post-intervencijskoj skupini došlo je do značajnog poboljšanja, gotovo svi ispitanici (98%) su ponudili točan odgovor. Manje od 20% ispitanika u pred-intervencijskoj skupini je znalo da u trudnoći nije potrebno pripremati dojkę, održavajući tako široko rasprostranjeno uvjerenje da je pred-porodajno „očvršćivanje“ i „izvlačenje“ bradavica korisno i poželjno. U tom je dijelu ostvaren značajan napredak: u post-intervencijskoj skupini je više od 50% ispitanika točno odgovorilo da „priprema bradavica u trudnoći nije poželjna, čak može biti štetna“. Slično tome, 59% ispitanika je nakon tečaja znalo da zdravo novorođenče treba dojiti „u prvih pola sata nakon rođenja“, dok su skoro svi preostali ispitanici odgovorili „što prije nakon vaganja i kupanja“, što je bio „najmanje netočan“ od ponuđenih odgovora. Broj ispitanika koji je prepoznao ispravnu bolničku praksu koja podržava dojenje („10-12 podoja u prvim danima života“) gotovo se udvostručio nakon tečaja, a slično je bilo i s postotkom ispitanika koji su prepoznali znakove slabog postavljanja djeteta na dojkę („uho djeteta nije u istoj crti s njegovim ramenom i bokom“). Nakon tečaja, 92% ispitanika (za razliku od 66% u pre-intervencijskoj skupini) je znalo ispravno rješavati problem ragada („provjeri položaj i prihvaćanje djeteta na dojkę“), što je čest problem dojilja u bolnicama.

Univarijantna raščlamba pre- i post-intervencijske skupine otkrila je neke povezanosti između znanja o dojenju i demografskih varijabli. Znanje o „pripremi dojke u trudnoći“ bilo je vezano uz zanimanje. Najveće poboljšanje te problematike bilo je u medicinskih sestara i primalja, od 15,3% u pre-intervencijskoj na 58,1% u post-intervencijskoj skupini ($P < 0,001$, χ^2 test). I kod pedijatarata je primijećeno značajno poboljšanje u odnosu na to pitanje (33,3% točnih odgovora u pre-intervencijskoj prema 85,7% točnih odgovora u post-intervencijskoj skupini, $P = 0,015$, Fisher-ov test), ali budući da su pedijatri činili jako mali dio cjelokupnog uzorka, samo su minimalno mogli utjecali na sveukupno poboljšanje. Ginekolozi su također pokazali poboljšanje u odnosu na to pitanje, ali razlika između skupina nije bila statistički značajna (17,7% točnih odgovora u pre-intervencijskoj prema 36,4% točnih odgovora u post-intervencijskoj skupini, $P = 0,288$, Fisher-ov test).

4.1.3. Praktična znanja o dojenju

Kao rezultat tečaja, u većine ispitanika post-intervencijske skupine zamijećeno je značajno poboljšanje u pristupu problemima vezenim za dojenje (tbl. 5).

Tablica 5. Uobičajena praksa zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta prije i 3 mjeseca poslije tečaja

Prikaz slučaja/pitanje	Broj (%) ispitanika koji su točno odgovorili		P [†]
	Prije tečaja (n = 223) [*]	Poslije tečaja (n = 213) [*]	
Preporuka o duljini dojenja	93 (42,1)	172 (81,5)	<0,001
Dojenje nakon carskog reza pod spinalnom anestezijom	125 (56,6)	120 (61,2)	0,334
Hranjenje nemirnog djeteta	133 (60,5)	124 (59,3)	0,812
Nedostatak mlijeka	179 (81)	190 (91,8)	0,001
Provedba Kodeksa	142 (65,1)	188 (90,4)	<0,001
Liječenje mastitisa	65 (29,6)	111 (53,4)	<0,001

^{*} Ukupan broj ispunjenih upitnika varira kod pojedinih varijabli ukoliko zdravstveni djelatnik nije odgovorio na pojedino pitanje.

[†] χ^2 test.

Na (hipotetski) upit trudnica: „Koliko se dugo dojenje preporuča? Koja je Vaša preporuka?“, 82% ispitanika iz post-intervencijske skupine podržavalo je SZO/UNICEF-ove preporuke (isključivo dojenje u prvih 6 mjeseci, a nakon toga postupno uvođenje odgovarajuće dopunske prehrane uz nastavak dojenja do druge godine života ili dulje), za razliku od samo 42% ispitanika iz pre-intervencijske skupine koji su bili odabrali točan odgovor. Ostalih 18% ispitanika u post-intervencijskoj skupini opredijelilo se za odgovor „1 godinu, uz dohranu nakon prvih 6 mjeseci“, što je „najmanje krivi“ odgovor.

Broj ispitanika koji su podržavali preporučenu praksu dojenja za djecu porođenu carskim rezom u regionalnoj anesteziji („odmah nakon rođenja djeteta jer je majka u svjesnom stanju“), nije se znatno poboljšao u post-intervencijskoj skupini, ali se stratifikacijom rezultata pokazalo da mlađi ispitanici (ispod 36 godina starosti) podržavaju tu praksu u većem postotku (77,3%) nakon tečaja nego prije tečaja (55,6%, $P=0,03$, χ^2 test). Broj ispitanika između 36. i 50. godine starosti koji je podržavao tu praksu nije se znatno povećao nakon tečaja (56,4% u pre-intervencijskoj prema 59,8%

u post-intervencijskoj skupini, $P=0,606$, χ^2 test), a u ispitanika starijih od 50 godina se čak smanjio, ali razlika nije bila statistički značajna (58,5% prema 46,7% , $P=0,271$, χ^2 test).

Jedino pitanje na kojem nije došlo do pozitivnog pomaka nakon tečaja odnosilo se na pristup dva dana starom novorođenčetu koje odbija sisati ("hranjenje nemirnog djeteta"), za što su postojala dva moguće ispravna odgovora. Jedan odgovor ("hraniti novorođenče izdojenim mlijekom") značio je odmah zadovoljiti djetetove potrebe, i bio je prikladniji od drugoga ("pokušati ga ponovno položiti na dojku sutradan").

Ohrabrujuće je pak da se nakon tečaja znatno povećao broj ispitanika koji su imali ispravan pristup problemu nedovoljnog stvaranja mlijeka, a znatno se poboljšalo i pridržavanje Međunarodnog koda za reklamiranje zamjena za majčino mlijeko. Kad se ispitanike suočilo s problemima vezanim za mastitis: „Što preporučujete majci koja doji i koja je dobila mastitis?“, u pre-intervencijskoj skupini 70% ispitanika izabralo je netočan odgovor, opredjeljujući se za savjet majkama da ili prestanu dojiti iz dojke zahvaćene upalom, ili da potpuno prestanu dojiti. Nakon tečaja zabilježeno je značajno poboljšanje rješavanja te problematike, ali je mastitis i dalje ostao slučaj s najvećom frekvencijom netočnih odgovora.

Kao i u slučaju testiranja teorijskog znanja o dojenju, samo nekoliko praktičnih pitanja pokazalo je povezanost s demografskim varijablama (prema univarijantnim analizama) pre- i post-intervencijske skupine. Već je gore spomenuto da je otvorenost dojenju a djecu porođenu carskim rezom pod regionalnim anestetikom povezana s dobi ispitanika. Pristup rješavanju problema nedovoljnog stvaranja mlijeka povezan je sa zanimanjem, spolom kao i s dobi. Taj su problem uspješno riješili gotovo svi pedijatri prije i poslije tečaja (prije 95% prema 100% nakon tečaja), dok njegovo ispravno rješavanje u ginekologa nije pokazivalo poboljšanje (prije 75% prema 68,2% poslije tečaja, $P=0,729$, Fisher-ov test). Kod scenarija o dojenju nakon poroda carskim rezom u regionalnoj anesteziji došlo je do značajnog poboljšanja među ispitanicama poslije tečaja (prije 80,9% prema 94,1% nakon tečaja, $P<0,0001$, χ^2 test) kao i u polaznika mlađih od 36 godina (prije 62,2% prema 91,3% nakon tečaja, $P=0,001$, Fisher-ov test), ali ne i među muškarcima (prije 77% prema 60% nakon tečaja, $P=0,251$, χ^2 test). 85% svih ispitanika/ca starijih od 36 godina (dobne skupine od 36 do 50 godina života i skupina ispitanika starija od 50 godina) u obje skupine su na to pitanje točno odgovorili.

4.1.4. Stavovi o dojenju

Zdravstveni djelatnici pokazali su pozitivne stavove prema dojenju u obje skupine, dakle i prije i nakon tečaja. U pre-intervencijskoj skupini srednji rezultat IIFAS bio je 72.46, dok je u skupini nakon tečaja (post-intervencijskoj) porastao na 74.57 ($P < 0,001$, t-test).

Broj zdravstvenih djelatnika s pozitivnim stavom prema dojenju povećao se sa 65% na 79%, dok se omjer onih s neutralnim stavom smanjio s 26,6% na 9,9%, ($P < 0,001$, Fisher-ov test). Broj djelatnika s veoma pozitivnim stavom prema dojenju blago se povećao s 8,9% na 10,4% nakon tečaja. Omjer ispitanika u korist prehrane umjetnim pripravcima nije se značajno promijenio nakon tečaja: ni jedan ispitanik/ica nije pokazao veoma pozitivan stav prema hranjenju umjetnim pripravcima bilo prije ili nakon tečaja, a samo jedan od 213 ispitanika (0,5%) se i nakon tečaja opredijelio za pozitivan stav prema prehrani umjetnim pripravcima. Cronbach α za cijelu ljestvicu IIFAS bio je 0,6, upućujući na prihvatljivu pouzdanost metode testiranja.

Tablica 6 prikazuje razlike u distribuciji točnih odgovora na pojedinačne scenarije ljestvice IIFAS koje su dali zdravstveni djelatnici pre- i post-intervencijskih skupina.

Tablica 6. Usporedba prosječnih rezultata zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta na pitanja iz upitnika IIFAS prije i poslije tečaja

Izjava *	Aritmetička sredina (SD)§		Razlika‡	Dvostrani P‡
	Prije tečaja (n = 223)†	Poslije tečaja (n = 213)†		
1. Korist od hranjenja majčinim mlijekom traje samo dok se dijete ne odvikne od dojenja	1,49 (0,93)	1,41 (0,95)	0,08	0,385
2. Hranjenje zamjenskim (umjetnim) mlijekom praktičnije je od dojenja	1,39 (0,72)	1,14 (0,42)	0,255	<0,001
3. Dojenje pojačava povezanost majke i dojenčeta	4,80 (0,49)	4,86 (0,39)	- 0,071	0,098
4. Majčino je mlijeko siromašno željezom	2,42 (1,36)	2,16 (1,16)	0,26	0,036
5. Djeca hranjena zamjenskim mlijekom lakše se prejedu od dojene djece	3,93 (1,20)	4,21 (0,86)	- 0,277	0,007
6. Hranjenje zamjenskim mlijekom bolji je izbor ako majka planira raditi izvan kuće	2,02 (1,05)	1,86 (0,89)	0,167	0,077
7. Majke koje hrane djecu zamjenskim mlijekom propuštaju jedno od najvećih zadovoljstava majčinstva	4,38 (1,13)	4,65 (0,75)	- 0,268	0,004
8. Žene ne bi trebale dojiti na javnim mjestima kao što je restoran	2,32 (1,30)	2,11 (1,23)	0,213	0,084
9. Djeca hranjena majčinim mlijekom su zdravije od djece hranjene zamjenskim mlijekom	4,41 (1,05)	4,43 (1,01)	- 0,015	0,881

Tablica 6. –nastavak Usporedba prosječnih rezultata zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta na pitanja iz upitnika IIFAS prije i 3 mjeseca poslije UNICEF/SZO 20-satnog tečaja

10. Dojena djeca lakše se prejedu od djeca hranjena zamjenskim mlijekom	1,99 (1,07)	1,66 (0,98)	0,271	0,007
11. Očevi se osjećaju izostavljenima ako majka doji	1,75 (1,00)	1,75 (0,96)	-0,004	>0,950
12. Majčino je mlijeko idealna hrana za dijete	4,87 (0,45)	4,96 (0,32)	- 0,088	0,020
13. Majčino je mlijeko lakše probavljivo od zamjenskog mlijeka	4,77 (0,63)	4,98 (0,51)	- 0,133	0,017
14. Zamjensko je mlijeko jednako zdravo za dojenče kao i majčino mlijeko	1,75 (0,95)	1,90 (1,20)	- 0,152	0,146
15. Dojenje je praktičnije od hranjenja zamjenskim mlijekom	4,72 (0,63)	4,53 (1,22)	0,185	0,048
16. Majčino je mlijeko jeftinije od zamjenskog mlijeka	4,85 (0,46)	4,82 (0,67)	0,038	0,491
17. Majka koja povremeno pije alkohol ne bi trebala doжити svoje dijete	3,20 (1,32)	2,65 (1,36)	0,551	<0,001

*Scores za izjave 1,2,4,6,8,10,11,14,17 su obrnute prije računanja bodova prema ljestvici IIFAS.

†Ukupan broj ispunjenih upitnika kadšto malo varira za pojedine varijable kada neki ispitanik nije odgovorio na pojedino pitanje.

‡ Nezavisni t-test na dva uzorka je korišten.

§ 1 = nimalo nisam suglasan, 5 = u potpunosti sam suglasan.

Samo jako mali broj ispitanika je nakon tečaja smatrao umjetne pripravke prikladnijim od dojenja ($P<0,001$, t-test) ili da majčino mlijeko nema dovoljno željeza ($P=0,036$, t-test). Također, značajno veća skupina ispitanika se nakon tečaja suglasila s izjavom "djeca hranjena zamjenskim (umjetnim) mlijekom lakše se prejedaju od dojene djece" i a značajno manji broj je nakon tečaja vjerovao da "majke koje povremeno piju alkohol ne bi trebale doжити svoje dijete". Također, u post-intervencijskoj skupini značajno veći broj ispitanika je podržavao stavove koji idu u prilog dojenju, uključujući sljedeće: "majke koje hrane djecu zamjenskim mlijekom propuštaju jedan od najvećih

zadovoljstva majčinstva”, ”majčino je mlijeko idealna hrana za dijete” i ” majčino je mlijeko lakše probavljivo od zamjenskoga”. Nešto veći broj ispitanika iz post-intervencijske skupine podržavao je izjave ” Hranjenje zamjenskim mlijekom bolji je izbor ako majka planira raditi izvan kuće” a nešto manji broj se u drugoj skupini opredijelio za” Žene ne bi trebale dojiti na javnim mjestima kao što je restoran”, ali razlike tu nisu dosegle statističku značajnost (tbl. 6). Većina ispitanika u obje skupine suglasna je da dojenje povećava zbližavanje/povezivanje (engl., bonding) majke i dojenčeta i da su djeca hranjena majčinim mlijekom zdravija od djece hranjene zamjenskim mlijekom. Slično tome, većina ispitanika u obje skupine se nije suglasila s izjavama da „Korist od hranjenja majčinim mlijekom traje samo dok se dijete ne odvikne od dojenja ” i da se „Očevi osjećaju izostavljenima ako majka doji“. Jedini stavovi koji nisu bili suglasni s općim pozitivnim stavom prema dojenju odražavali su se uvjerenjem da je zamjensko mlijeko jednako zdravo za dojenče kao i majčino mlijeko te da je dojenje manje praktično od hranjenja zamjenskim mlijekom.

Unatoč značajnom poboljšanju stavova prema dojenju u skupini nakon tečaja, neki stavovi nisu se promijenili upućujući na još uvijek prisutnu nesigurnost/neinformiranost. Izjava „Majčino je mlijeko siromašno željezom“ uzrokovala je zbunjenost - 37% ispitanika u pred-intervencijskoj skupini i 27% u post-intervencijskoj skupini se opredijelilo za neutralno mišljenje ili su bili suglasni s tom izjavom. Odgovori na izjavu ” Majka koja povremeno pije alkohol ne bi trebala dojiti svoju bebu” bili su znatno raznovrsniji, sa 64% ispitanika u pred-intervencijskoj i 45% u post-intervencijskoj skupini koji su se opredijelili za neutralno mišljenje ili su bili suglasni s tom izjavom.

Neke demografske varijable također su bile povezane s rezultatima tablica IIFAS. Zasnivano na univarijatnoj analizi skupine prije tečaja, dob ispitanika bila je značajno povezana s pozitivnijim stavom prema dojenju tako da je skupina dobi iznad 50 godina imala najpozitivnije stavove prema dojenju, ali u istoj toj skupini nakon tečaja nije došlo do značajnog poboljšanja (prije tečaja 81,1% prema 86% nakon tečaja, $P=0,537$, χ^2 test). Ispitanici u skupini između 36 i 50 godina imali su manje pozitivni stav prije tečaja, ali se stav nakon tečaja značajno popravio (prije tečaja 74,3% prema 92,5% nakon tečaja $P<0,001$, χ^2 test). Slično je bilo i u skupini ispitanika ispod 36 godina (prije tečaja 62,5 % prema 91,3% nakon tečaja $P<0,002$, Fisher-ov test).

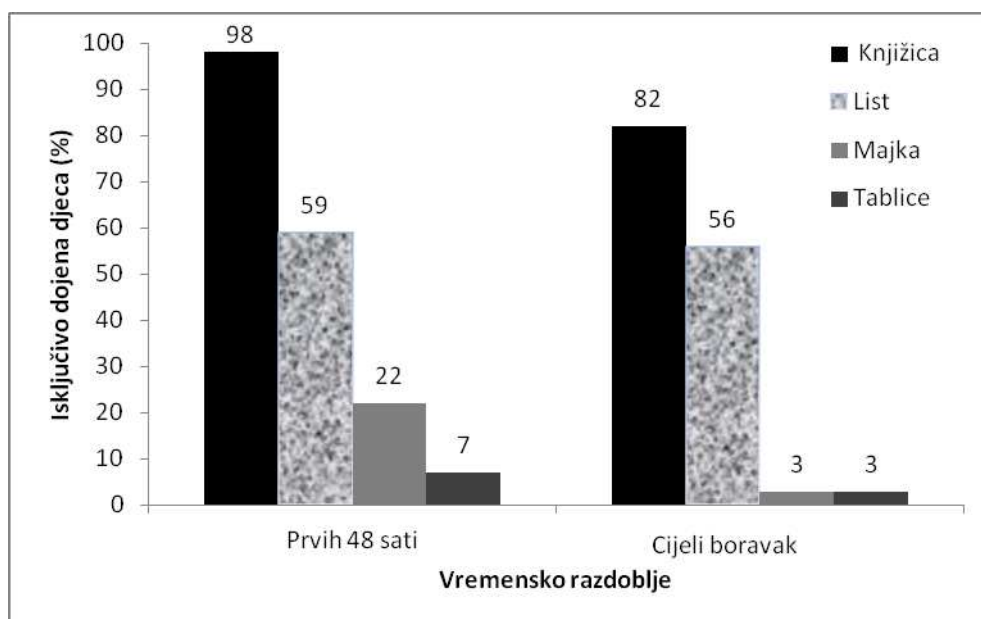
Nekoliko je odgovora otkrilo neočekivane činjenice o stavovima zdravstvenih djelatnika prema prehrani dojenčeta. Na primjer, prije tečaja velik broj ispitanica (26,5%) čija djeca su bila dojena suglasio se s izjavom ”Hranjenje zamjenskim mlijekom bolji je izbor ako majka planira raditi izvan kuće” u usporedbi s ispitanicama koje nisu dojile djecu (13,3%). Nakon tečaja, skupina ispitanica koje su dojile svoju djecu imale su pozitivniji stav prema dojenju (prije tečaja 26,5% prema 16,6%

nakon tečaja, $P=0,037$, χ^2 test) dok se stav ispitanica koje nisu dojile djecu nije promijenio (prije tečaja 13,3% prema 14,3% nakon tečaja, $P=1,000$, Fisher-ov test). Također, više žena nego muškaraca podržavalo je stav da se "Očevi osjećaju izostavljenima ako majka doji" iako, u cijelosti, većina ispitanika obje skupine (prije i poslije tečaja) nije bila suglasna s tim stavom (žene: prije tečaja 83,9% prema 85,3% nakon tečaja, $P=0,698$, χ^2 test; muškarci: prije tečaja 100% prema 92,3% nakon tečaja, $P=0,325$, Fisher-ov test).

4.2. Rezultati stope isključivog dojenja na Klinici za ženske bolesti i porode u KBC Split

4.2.1. Usporedba sva četiri načina prikupljanja podataka

Izrazito značajne razlike u stopama isključivog dojenja uočene su između različitih izvora podataka o prehrani novorođenčadi (sl. 1).



Slika 1. Postotak isključivo dojene djece (ID) prema vremenskom razdoblju i izvoru podataka. Izračunani postotci odnose se na broj potpunih podataka za dano vremensko razdoblje.

Prema „Tablicama za prehranu novorođenčadi“ koje su primijenjene u ovom istraživanju (tablice), 7% novorođenčadi bilo je hranjeno isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih 48 sati života, što je u suprotnosti s podacima na „Novorođenačkom listu“ (list) prema kojemu je 59% novorođenčadi bilo samo na majčinu mlijeku i/ili prema podacima iz obrasca „Pregled novorođenčeta kod

otpusta“ koji je činio sastavni dio Zdravstvene knjižice predškolskog djeteta (knjižica) prema kojima je čak 98% iste novorođenčadi bilo hranjeno isključivo majčinim mlijekom. Podatci dobiveni od majki su pak pokazivali da je 22% novorođenčadi bilo hranjeno isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih 48 sati.

Kad su se analizirali podatci za cjelokupni boravak u bolnici, prema „Tablicama za prehranu novorođenčadi“, samo 3% novorođenčadi bilo je hranjeno isključivo majčinim mlijekom, dok su podatci na „Novorođenačkom listu“ sugerirali da je to bio slučaj za 56% novorođenčadi a u „Zdravstvenoj knjižici predškolskog djeteta“ za 82% novorođenčadi iste skupine!

Utvrđena je dakle 79%-tna razlika u broju djece hranjene isključivo majčinim mlijekom između podataka u tablici i knjižici. Podatci dobiveni intervjuiranjem majki potpuno su se slagali s podacima u tablici potvrđujući da je samo 3% novorođenčadi do otpusta iz bolnice bilo hranjeno isključivo majčinim mlijekom.

4.2.2. Usporedba tablica i listova te tablica i knjižica

Usporedba podataka između „listova“ i „tablica“ pokazivala je značajne razlike u stopi isključivog dojenja u oba slučaja, dakle tijekom prvih 48 sati kao i tijekom cijelog boravka u bolnici, do otpusta (tablica 7). Prema listovima, u prvih 48 sati života 58% novorođenčadi bilo je hranjeno isključivo majčinim mlijekom, a prema tablicama samo njih 6% ($P < 0,001$).

Tablica 7. Postotak isključivog dojenja u rodilištu, tijekom prvih 48 sati i do otpusta, među 157 novorođenčadi, na temelju dva različita izvora podataka

Vremensko razdoblje	Novorođenački list n (%)	Tablice prehrane n (%)	<i>P</i>
48 sati (n=142)*	82 (58)	9 (6,3)	<0,001 [†]
Otpust (n=143)*	79 (55)	4 (3)	<0,001 [†]

*Izračunani postotci se odnose na broj potpunih podataka za dano vremensko razdoblje.

[†]Dvostrani McNemar-ov test za uparene proporcije.

Temeljem podataka iz obrasca u „knjižici“, samo 18% novorođenčadi dobilo je formulu tijekom boravka u bolnici, što je znatno manje ($P < 0,001$) od podataka dobivenih iz „tablica“ prema kojima

je 97% novorođenčadi dobivalo formulu (tablica 8). Budući da se uzorak babinjača u ovoj studiji sastojao isključivo od majki koje su dojile, ni jedno dijete u ovom uzorku nije bilo hranjeno samo umjetnim pripravcima.

Tablica 8. Usporedba vrste prehrane novorođenčadi kod otpusta prema dva različita izvora podataka

Vrsta prehrane pri otpustu	Novorođenački list n (%)	Tablice prehrane n (%)	<i>P</i>
„Prirodna“ [†]	125(82)	4(3)	P<0,001*
„Miješana“	27(18)	148(97)	P<0,001*

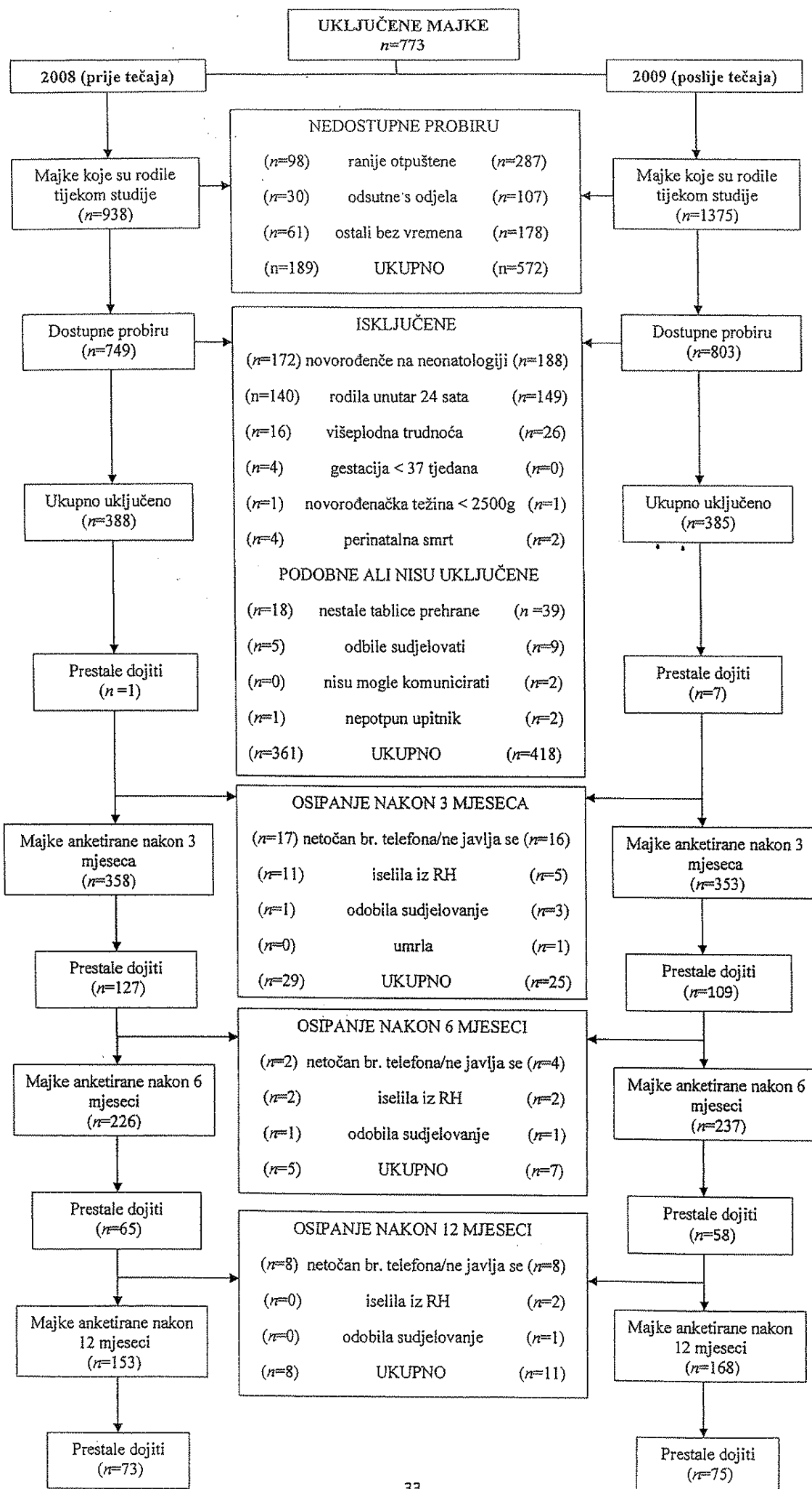
*Dvostrani McNemarov test za sparane proporcije.

[†]„Prirodno“, ID po definiciji SZO.

4.3. Utjecaj izobrazbe zdravstvenog osoblja na iskustava majki tijekom trudnoće, poroda, boravka u rodilištu KBC Split i tijekom prvih godinu dana po porodu

4.3.1. Ispitanice

U pred-intervencijskom dijelu studije, ocijenjeno je 79,9% od ukupnog broja žena koje su rodile tijekom inicijalne faze istraživanja od kojih je uključeno 94,2% babinjača koje su zadovoljile kriterije istraživanja. Prilikom telefonskog praćenja majki nakon otpusta iz rodilišta, došlo je do osipanja 7.5% majki 3 mjeseca nakon poroda, 2.2% majki nakon 6 mjeseci i 5% majki nakon 12 mjeseci. Kod praćenja poslije-intervencijske skupine, stope rasapa u tijeku praćenja bile su slične skupini prije intervencije (sl. 2).



Nije bilo statistički značajne razlike između uzoraka za većinu proučavanih osobina (tablica 9).

Tablica 9. Osobine majke i djece prije i 3 mjeseca poslije izobrazbe zdravstvenih djelatnika

Osobina	Br. (%) majki/djece		P
	Prije tečaja (n = 388)*	Poslije tečaja (n = 385)*	
Mjesto boravka			0,9
Grad	142 (36,7)	146 (38,1)	
Mjesto	158 (40,8)	155 (40,5)	
Selo	87 (22,5)	82 (21,4)	
Dob (godine)			0,007
<25	77 (19,8)	62 (16,1)	
25-<35	267 (68,8)	248 (64,6)	
≥ 35	44 (11,3)	74 (19,3)	
Bračno stanje			0,18 [†]
Udata/živi s partnerom	384 (99,5)	378 (98,4)	
Rastavljena/živi sama	2 (0,5)	6 (1,6)	
Izobrazba (dovršena)			0,86
Osnovna	8 (2,1)	6 (1,6)	
Srednja	250 (65,1)	251 (65,2)	
Viša/visoka	126 (32,8)	128 (33,2)	
Broj djece			0,2
Prvorotkinja	165 (42,6)	181 (47,1)	
Višerotkinja	222 (57,4)	203 (52,9)	
Prethodno dojila (mjeseci)			0,75
<1	36 (9,3)	31 (8,1)	
1-6	82 (21,1)	80 (20,8)	
7-12	62 (16,0)	52 (13,5)	
>12	41 (10,6)	39 (10,2)	
Pušenje			0,83
Ne	276 (71,1)	274 (71,2)	
Prestala tijekom trudnoće	56 (14,4)	51 (13,2)	
Da	56 (14,4)	60 (15,6)	

Tablica 9. –nastavak: Osobine majke i djece prije i 3 mjeseca poslije izobrazbe zdravstvenih djelatnika

Zaposlena			0,62
Da	319 (82,4)	312 (81,0)	
Ne	68 (17,6)	73 (19,0)	
Porodiljni dopust (mjeseci)			0,5
<12	27 (10,2)	23 (8,5)	
≥12	239 (89,8)	249 (91,5)	
Broj antenatalnih pregleda			<0,001
<10	51 (13,1)	114 (29,7)	
≥10	337 (86,9)	270 (70,3)	
Mjesečni prihod (HKN)			0,58
<4,000	34 (11,6)	49 (13,6)	
4,000-8,000	143 (48,8)	180 (50,1)	
>8,000	116 (39,6)	130 (36,2)	
Spol			0,97
Muški	195 (50,3)	193 (50,1)	
Ženski	193 (49,7)	192 (49,9)	
Porodajna težina (g)			0,22
2.500-2.999	32 (8,2)	25(6,5)	
3.000-3.999	281 (72,4)	299 (77,9)	
≥4.000	75 (19,3)	60 (15,6)	
Vrsta poroda			0,58
Vaginalni	333 (85,8)	325 (84,4)	
Drugi	55 (14,2)	60 (15,6)	
Novorođenče sa zdravstvenim poteškoćama			0,09
Da	37 (9,5)	24 (6,3)	
Ne	351 (90,5)	360 (93,7)	

Tablica 9. –nastavak: Osobine majke i djece prije i 3 mjeseca poslije izobrazbe zdravstvenih djelatnika

Majka sa zdravstvenim poteškoćama			0,77
Da	28 (7,3)	30 (7,8)	
Ne	358 (92,7)	354 (92,2)	

*Ukupan broj ispunjenih upitnika kadšto malo varira za pojedine varijable kada neki ispitanik nije odgovorio na pojedino pitanje.

†Fisherov egzaktni test; sve ostale vrijednosti *P* bazirane na Hi-kvadrat testu.

HKN-Hrvatska kuna (1USD= 6HKN).

Treba primijetiti da je u post-intervencijskoj skupini bio veći omjer majki s 35 ili više godina kao i onih koje su rjeđe odlazile na kontrolne preglede svojiim ginekolozima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U pre- i post-intervencijskoj skupini nije postojala razlika među novorođenom djecom s obzirom na spol, porođajnu težinu, načina poroda te općeg zdravlja novorođenčadi. U vrijeme prvog intervjua, 59 novorođenčadi imalo je novorođenačku žuticu, u jednoga je bio dijagnosticiran srčani šum, a jedno je dijete imalo dijagnosticiranu cistu na bubregu, ali to nisu bili razlozi za upućivanje na odjel neonatologije. Iako je u 7% majki u obje skupine utvrđeno postojanje nekih zdravstvenih tegoba, ni jedna od tegoba nije bila inkompatibilna s dojenjem.

4.3.2. Primjena „10 koraka za uspješno dojenje“

Prema odgovorima majki, najveći dio bolničke rutine koja podržava dojenje nije znatno poboljšana nakon obrazovanja osoblja (tablica 10). Jedina iznimka bio je *Korak 8* (dojenje „na zahtjev“) gdje je uočeno značajno poboljšanje.

Tablica 10. Usporedba provedbe *Koraka 3-9* na temelju majčinih odgovora prije i poslije obuke

Koraci	Globalni kriteriji	Broj (%) majki koje su potvrdno odgovorile		P
		Prije tečaja (n = 388)*	Poslije tečaja (n = 385)*	
<i>3.korak</i>	Obavijestiti sve trudnice o prednostima majčina mlijeka i o tome kako se doji			
	Tijekom trudnoće, je li medicinsko osoblje s Vama pojedinačno ili kao sa skupinom, razgovaralo o tome kako ćete hraniti dijete?	42 (10,8)	38 (9,9)	0,67
	‡ Jeste li pohađali trudnički tečaj?	84 (21,6)	77 (20,3)	0,64
	‡ Tijekom tečaja, je li medicinsko osoblje s Vama pojedinačno ili kao sa skupinom razgovaralo o tome kako ćete hraniti Vaše dijete?	70 (83,3)	59 (76,6)	0,66
	Prilikom pregleda ili tečaja, je li Vas medicinsko osoblje obavijestilo kako je važno da neposredno nakon poroda provedete neko vrijeme u bliskom kontaktu s Vašim djetetom, "kožom uz kožu"?	116 (30,1)	111 (29,3)	0,8
	Prilikom pregleda ili tečaja, je li Vas medicinsko osoblje obavijestilo kako je važno da dijete bude s Vama u sobi, odnosno krevetu, 24 sata na dan?	65 (16,9)	73 (19,3)	0,39
	Prilikom pregleda ili tečaja, je li Vas medicinsko osoblje obavijestilo o rizicima povezanim s davanjem vode, 'formule' ili drugih nadomjestaka u prvih šest mjeseci djetetova života, ako ga Vi pritom dojite?	61 (15,8)	64 (16,9)	0,69
<i>4.korak</i>	Pomoći majkama da počnu dojiti već pola sata nakon djetetova rođenja			
	Jeste li držali Vaše dijete unutar 5 min nakon poroda ili čim ste se probudili iz anestezije?	364 (93,8)	346 (90,1)	0,058
	Kako ste taj prvi put držali Vaše dijete?			0,66
	Koža-uz-kožu	299 (77,1)	290 (75,7)	
	Omotano	89 (22,9)	93 (24,3)	
	Taj prvi put, otprilike koliko dugo ste držali Vaše dijete? (min.)			0,6

	<30	352 (91,4)	355 (92,4)	
	>30	33 (8,6)	29 (7,6)	
	‡ Prilikom prvog držanja djeteta, je li ono sisalo?	33 (8,6)	16 (4,2)	0,12
	‡ Ako nije, kada je dijete prvi put sisalo? (sati od rođenja)			0,16
	≤ 6	110 (29,4)	109 (29,9)	
	> 6- 12	138 (36,9)	135 (37,0)	
	>12- 24	63 (16,8)	69 (18,9)	
	> 24	30 (8,0)	36 (9,9)	
5.korak	Pokazati majkama kako se doji i kako će sačuvati izlučivanje mlijeka čak i ako su odvojene od svoje dojenčadi.			
	Je li Vam prije otpusta iz rodilišta osoblje pružilo bilo kakvu pomoć pri dojenju i postavljanju djeteta u položaj prikladan za dojenje?			0,3
	Da	272 (70,3)	263 (69,0)	
	Ne	59 (15,2)	69 (18,1)	
	Da, ali nije mi bila potrebna	56 (14,5)	47 (12,3)	
	Označite broj sati nakon poroda kada Vam je ta pomoć bila ponuđena?			0,68
	≤6	58 (15,8)	53 (14,9)	
	>6- 24	186 (50,5)	170 (47,9)	
	> 24	65 (17,7)	63 (17,7)	
	Je li Vam osoblje pokazalo ili Vas uputilo kako se možete ručno izdojiti?	145 (44,1)	163 (44,8)	0,33
7.korak	Omogućiti majkama i djeci da budu zajedno 24 sata na dan ("rooming-in")			
	Gdje se nalazilo Vaše dijete dok ste ležali u rodilištu nakon poroda?			<0,001 [†]
	moje je dijete bilo stalno sa mnom, danju i noću	1 (0,3)	19 (5,1)	
	Bilo je razdoblja kada dijete nije bilo sa mnom	386 (99,7)	352 (94,9)	
8.korak	Poticati majke da doje na djetetovo			

	traženje			
	Što Vam je savjetovano o tome kako često trebate doći svoje dijete?			0,009
	Na traženje djeteta	81 (21,1)	112 (29,3)	
	Drugo	302 (78,9)	270 (70,7)	
	Što Vam je savjetovano, koliko dugo treba trajati podoj?			<0,001
	Tako dugo dok dijete želi sisati	67 (17,5)	109 (28,6)	
	Drugo	315 (82,5)	272 (71,4)	
<i>6.korak</i>	Ne davati dojenčadi nikakvu drugu hranu ili piće, već samo majčino mlijeko, osim ako to nije medicinski opravdano			
	Je li Vašem djetetu, od trenutka rođenja, davano išta drugo osim majčinog mlijeka?			0,8
	Da	314 (81,1)	304 (79,4)	
	Ne	58 (15,0)	64 (16,7)	
	Neznam	15 (3,9)	15 (3,9)	
	Prije nego su djetetu dani ti nadomjesci, jeste li bili o tome obaviješteni?	219 (57,0)	207 (54,0)	0,65
<i>9.korak</i>	Ne davati dudu ni dudu varalice djeci koja se doje			
	Ukoliko je djetetu dat nadomjestak za majčino mlijeko, je li mu davan bočicom?	305 (79,0)	298 (77,8)	0,8
	Je li osoblje djetetu davalo dudu-varalicu?	1 (0,3)	0	1 [†]
	Jeste li sami odlučili dati svom djetetu dudu-varalicu?	108 (28,5)	89 (23,4)	0,11
	Je li Vam osoblje išta reklo o dudi-varalici i njezinom utjecaju na zdravlje djeteta?	36 (9,4)	13 (3,4)	0,001

* Ukupan broj ispunjenih upitnika kadšto malo varira za pojedine varijable kada neki ispitanik nije odgovorio na pojedino pitanje.

[†]Fisherov egzaktni test; sve ostale p vrijednost bazirane su na χ^2 testu.

[‡]Nova pitanja dodana originalnom upitniku.

Korak 3 (izobrazba trudnica o dojenju) bio je izuzet iz ove analize jer je praćenje trudnoće omogućeno kroz sustav primarne ginekološke zaštite. Također, *Korak 7* (zajednički boravak majke i djeteta u sobi, „rooming-in“) se nije mogao procijeniti budući da su sva novorođenčad bila odvajana od majki odmah nakon rođenja.

Korak 4 (omogućavanje kontakta majke i djeteta kožom-na-kožu) bio je 2008. godine već dio standardne prakse (uvedena je 2007. godine), ali je samo manji broj novorođenčadi proveo više od 30 minuta u neometanom kontaktu s majkom. Većina novorođenčadi dobila prvi podoj 6 sati nakon rođenja.

Dude-varalice nisu bile u upotrebi, ali je novorođenčad rutinski hranjena umjetnim pripravcima iz bočice. Umjetno mlijeko je bio jedini dodatak koji se dodavao novorođenčadi. Osamdeset i jedan posto majki iz pre-intervencijske skupine je izjavilo da je njihovom djetetu u bolnici bilo davano „još nešto“ osim majčina mlijeka. Nešto više od polovice tih majki izjavilo je da uopće nisu bile informirane o potrebi za umjetnim dodatkom. Ta praksa se nije značajno promijenila ni nakon tečaja. S obzirom da se sve majke šalju patronažnoj sestri nakon otpusta, pitanje iz *Koraka 10*: „Jeste li dobili savjet o tome gdje i kako dobiti pomoć ako imate problema s prehranom vašeg djeteta nakon povratka kući?“ nije bilo analizirano. Ni jedna od majki nije izjavila da su im bili ponuđeni bilo kakvi materijali koji promiču zamjene za majčino mlijeko.

4.3.3. Stope dojenja

Broj majki koje su započele dojeti u bolnici bio je 387/388 (99,7%) u pred-intervencijskoj skupini, a 378/385 (98,2%) u poslije-intervencijskoj skupini ($P=0,038$, Fisherov test). Iako je održavanje tečaja za zdravstvene djelatnike bilo povezano sa značajnim povećanjem broja djece koja su bila hranjena isključivo majčinim mlijekom tijekom prvih 48 sati ($P<0,005$), taj učinak nije se zadržao ni na otpustu iz bolnice ali ni poslije. Logističkom regresijom se analiziralo jesu li dob majke i broj ginekoloških pregleda u trudnoći utjecali na stope isključivog dojenja u prvih 48 sati. Model je također uključivao, kao nezavisnu varijablu, pripadnost skupini (pre- ili poslije-intervencijska skupina). Jedina varijabla sa značajnim promjenama bila je upravo pripadnost skupini (pred prema poslije tečaja: OR 1.94, 95% CI: 1,14-3,29). Nije bilo razlike između skupina u stopi dojenja nakon 3, 6 ili 12 mjeseci. Tri mjeseca nakon poroda utvrđeno je da 34,6% majki iz pre-intervencijske skupine i 40,5% majki iz poslije-intervencijske skupine hrani svoju djecu isključivo majčinim mlijekom. Taj broj se snizuje na 9,3% i 14,2% 6 mjeseci nakon poroda, dakle u vrijeme kad većina majki uvodi čvrstu hranu (tbl. 11).

Tablica 11. Način prehrane djece tijekom prvih 48 sati života i nakon 3, 6 i 12 mjeseci

Kategorije dojenja prema SZO	Broj (%) majki/djece		P (χ^2)
	Prije tečaja (n = 388) [‡]	Poslije tečaja (n = 385) [‡]	
Tijekom prvih 48 sati*			0,005
Isključivo	23 (6,0)	45 (11,7)	
Drugo	362 (94,0)	338 (88,3)	
Tijekom cijelog boravka u rodilištu*			0,48
Isključivo	10 (2,6)	7 (1,8)	
Drugo	378 (97,4)	377 (98,2)	
Nakon 3 mjeseci [†]	(n = 358)	(n = 353) [‡]	0,134 [§]
Isključivo	124 (34,6)	141 (40,5)	
Pretežno	57 (15,9)	47 (13,5)	
Miješano	50 (14,0)	51 (14,7)	
Nedojeno	127 (35,5)	109 (31,3)	
Nakon 6 mjeseci [†]	(n = 226) [‡]	(n = 237) [‡]	0,08 [§]
Isključivo	21 (9,3)	33 (14,2)	
Pretežno	11 (4,9)	4 (1,7)	
Miješano	128 (56,9)	138 (59,2)	
Nedojeno	65 (28,9)	58 (24,9)	
Nakon 12 mjeseci [†]	(n = 153)	(n = 168)	0,58
Dojeno	80 (52,3)	93 (55,4)	
Nedojeno	73 (47,7)	75 (44,6)	

*Prikupljeno s pomoću tablica prehrane.

[†]Prikupljeno pomoću telefonskog upitnika koristeći podatke za prethodna 24 sata.

[‡] Ukupan broj odgovora može malo varirati kod pojedinih varijabli ukoliko majka nije odgovorila na pojedino pitanje.

[§]P vrijednost proizlazi iz binominalne analize između ID i drugih oblika prehrane (pretežno, miješano, nedojeno) nakon 3 i 6 mjeseci.

Trećina žena je potpuno prestala dojititi nakon tri mjeseca, a malo više od polovine preostalih žena šest mjeseci nakon poroda, iz obje skupine, usprkos visokom postotku žena (61,9% u pre-intervencijskoj i 67,9% u post-intervencijskoj skupini) koje su planirale ostati kod kuće 12 mjeseci, na plaćenom porodiljnom dopustu. Dvanaest mjeseci nakon poroda samo 20,6% majki iz prve skupine i 24,2% majki iz druge (post-intervencijske) skupine je još uvijek dojilo svoju djecu. Najčešći čimbenici koje su navođeni kao razlozi za prestanak dojenja bili su: „nedovoljno mlijeka“, „dijete nije dobivalo na težini“, „nova trudnoća“, „upala dojke“ i „uzimanje lijekova“.

5. RASPRAVA

5.1. Utjecaj izobrazbe osoblja na znanja i stavove o dojenju te na uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika u rodilištima Dalmacije

Provođenje SZO/ UNICEF-ovog 20-satnog tečaja u rodilištima Dalmacije dovelo je u zdravstvenih djelatnika do značajnog poboljšanja znanja, stavova i individualne prakse u odnosu na dojenje. Do sličnih rezultata su došli Cattaneo i sur., anketiranjem 571 zdravstvenog djelatnika u Italiji čije se znanje o dojenju značajno popravilo nakon što je bolničko osoblje pohađalo 18-satni UNICEF-ov tečaj⁶⁹. U toj studiji također je uočeno i znatno poboljšanje bolničke prakse, utemeljene na "Deset koraka", a stavovi se nisu evaluirali. Druge studije su pokazale poboljšanje znanja⁶⁴, prakse⁶⁵ i podrške dojenju⁶⁷ nakon izobrazbe, koja je bila različita od SZO/UNICEF-ove formata tečaja. U usporedbi s navedenim studijama, ovo istraživanje po prvi put procjenjuje stavove zdravstvenih djelatnika prema dojenju prije i poslije izobrazbe.

U ovom istraživanju, osobno iskustvo s dojenjem nije bilo povezano s boljim znanjem. Unatoč manjem broju ispitanika s osobnim iskustvom dojenja u post-intervencijskoj skupini, u njih je broj točnih odgovora bio značajno povećan. Za razliku od toga, Freed i Feldman-Winter su pokazali da osobno iskustvo dojenja utječe pozitivno na znanje zdravstvenih djelatnika/ca o dojenju^{44 50}. To upućuje na zaključak da osobno iskustvo nije nužan preduvjet za uspješno savjetovanje o dojenju, već je važnija kvalitetna izobrazba.

Hrvatski sustav zdravstvene zaštite omogućava majkama jednogodišnji plaćeni porodiljski dopust, a one majke koje se žele vratiti na posao prije nego dijete navrší godinu dana, ostvaruju pravo na dva plaćena jednosatna odmora (predviđena za dojenje ili izdajanje) tijekom dana. Usprkos tome, zdravstvene djelatnice koje su imale iskustvo dojenja u pred-intervencijskoj skupini češće su se opredjeljivale za izjavu "Hranjenje zamjenskim mlijekom bolji je izbor ako majka planira raditi izvan kuće". Trebamo se pitati je li to možda zbog nedostatka podrške poslodavaca ili neodgovarajućih uvjeta za izdajanje i pohranu majčina mlijeka na poslu.

Usprkos tome što je nakon održavanja SZO/ UNICEF-ovog 20-satnog tečaja došlo do znatnog poboljšanja znanja o dojenju u zdravstvenih djelatnika, ipak brine podatak da je u post-intervencijskoj skupini samo 57% zdravstvenih djelatnika znalo da priprema dojki u trudnoći nije potrebna i da čak može biti štetna. To bi se moglo objasniti činjenicom, da je manje osoblja nazočilo prezentaciji o "promociji dojenja tijekom trudnoće" ili da ta važna poruka nije bila prenesena na odgovarajući način; a moguće je da je to naprosto odraz duboko ukorijenjenog vjerovanja da je „očvršćivanje" i „izvlačenje" bradavica korisna priprema za dojenje. Slično tome,

čini se da ni nakon tečaja velikom broju zdravstvenih djelatnika nije jasno koje je optimalno vrijeme za prvi podoj; samo 59% ispitanika u post-intervencijskoj skupini je ponudilo točan odgovor. Značajan broj ispitanika iz obje skupine smatrao je da je novorođenče potrebno okupati i izvagati prije prvog dojenja, usprkos dokazima u korist obrnutoga postupka⁸⁴. To je vjerojatno rezultat dugogodišnje pogrešne bolničke prakse koja se teško mijenja, i usprkos izobrazbi. Naši rezultati zato mogu biti od pomoći pri oblikovanju prioriteta za buduće edukacijske djelatnosti.

Značajan prostor za poboljšanje ostaje u područjima gdje je promjena bolničkih smjernica potrebna od promjene individualne prakse, npr. u postupanju u slučajevima poroda carskim rezom. Samo minimalno poboljšanje postignuto je u odnosu na dopuštanje majkama da doje odmah nakon poroda carskim rezom u regionalnoj anesteziji.

Još jedno područje prakse koje zaslužuje pozornost jest pristup mastitisu. Iako je nakon SZO/ UNICEF-ovog 20-satnog tečaja došlo do značajnog poboljšanja u pristupu liječenju mastitisa, skoro polovina ispitanika u post-intervencijskoj skupini još uvijek bi preporučila prestanak dojenja iz zahvaćene dojke ili potpuni prestanak dojenja. Do sličnih rezultata došli su Scott i sur., koji su našli da je 10% dojilja u škotskoj dobilo krivi savjet od zdravstvenih djelatnika za liječenje mastitisa⁵¹. Nastavak dojenja iz upaljene dojke omogućuje djelotvornu drenažu dojke što je ključno u liječenju mastitisa, budući da je upravo zastoj mlijeka glavni uzrok mastitisa, a ne infekcija⁸⁵. Prema tome, prestanak dojenja može samo pogodovati nastanku komplikacija kao što su infektivni mastitis, stvaranje apscesa i smanjeno stvaranje mlijeka. Moguće je da u slučaju mastitisa zdravstveni djelatnici brinu za zdravlje dojenčeta, međutim niz studija je pokazao da je nastavak dojenja potpuno siguran i neškodljiv za dojenče, čak i kada se u mlijeku otkrije *Staphylococcus aureus*⁸⁵. U studiji vrjednovanja vještina potrebnih za savjetovanje i rješavanje problema s dojenjem među liječnicima u Engleskoj, Wallace i Kosmala-Anderson su našli da se 52% pedijataru nije smatralo kompetentnima savjetovati žene o mastitisu⁵⁶, naglašavajući potrebu za daljnjom edukacijom i usavršavanjem na tom području.

Ovo je prva studija koja s pomoću IIFAS-a procjenjuje stavove zdravstvenih djelatnika rodilišta kao i prvi opis korištenja IIFAS-a kao alata za procjenu stavova prije i poslije neke intervencije. Drugi istraživači rabili su taj alat za procjenu budućih roditelja^{86 87}, socioekonomski obespravljenih žena⁸⁸, budućih majki^{25 89} i patronažnih sestara⁹⁰, demonstrirajući raznolikost, pouzdanost i lakoću korištenja IIFAS-a u različitim populacijama. Ohrabruje činjenica da ni jedan zdravstveni djelatnik među našim ispitanicima ni prije tečaja nije bio zagovornik/ca prehrane zamjenskim mlijekom/umjetnim pripravcima. To je vjerojatno odraz činjenice da je tri od pet ustanova

uključenih u ovu studiju s početkom devedesetih bilo steklo status „Rodilište – prijatelj djece ” te da se u Hrvatskoj dojenje još uvijek smatra normalnim i poželjnim načinom prehrane novorođenčadi.

Očekivalo se da će većina odgovora na pitanja i scenarije iz upitnika IIFAS u post-intervencijskoj skupini biti na jednom ili drugom kraju petostupanjske Likertove ljestvice, to jest, da će polaznici tečaja koristiti nova znanja da bi dali uvjerljivije, nedvosmislene izjave u prilog dojenja. To jest bio slučaj u ovoj studiji u svim osim u tri područja u kojima, iako je došlo do poboljšanja u ispravnosti odgovora, napredak nije bio zadovoljavajući. Tako je na primjer, 37% ispitanika prije i 27% poslije tečaja ostalo neopredijeljeno ili se suglasilo s izjavom ”majčino je mlijeko siromašno željezom”. Iako humano mlijeko doista ima manje željeza nego zamjenski pripravci, željezo iz humanog mlijeka se puno lakše resorbira u probavnoj sluznici dojenčeta i sasvim zadovoljava potrebe djeteta tijekom prvih šest mjeseci života ⁹¹. Nakon šest mjeseci preporuča se hrana bogata željezom kao dodatak majčinom mlijeku da bi se zadovoljile potrebe starije dojenčadi. S obzirom da upitnik IIFAS ne specificira starosnu skupinu dojenčadi (prije ili nakon šest mjeseci) to je mogao biti razlog zbunjenosti oko pitanja humanoga mlijeka i željeza. Ovo opažanje se nigdje drugdje ne spominje u meni dostupnoj literaturi.

Velik broj ispitanika suglasio se ili je bio suzdržan prema izjavi da „majka koja povremeno pije alkohol ne bi trebala dojiti svoje dijete” (64% ispitanika prije i 45% nakon tečaja), indicirajući da to pitanje možda nije bilo obrađeno na zadovoljavajući način u sklopu SZO/ UNICEF-ovog 20-satnog tečaja. Rezultati ovoga istraživanja su u pogledu ovog pitanja u suglasju s ranijim IIFAS studijama ^{86 89} koje su pokazale da su majke pogriješno vjerovale da je povremeno, umjereno, uzimanje alkohola zabranjeno tijekom cijelog razdoblja dojenja. Dokument američke Akademije pedijatarata „Prijenos lijekova i drugih tvari u majčino mlijeko” jasno navodi da je umjerena konzumacija alkohola spojiva s dojenjem. ⁹² Izvrstan izvor korisnih informacija, koji bi se mogao koristiti u budućim tečajevima, jest brošura „Alkohol i dojenje: vodič za majke” koji je pripremila australska Udruga za dojenje, a koja sadrži jasne, jednostavne i na dokazima utemeljene praktične upute. ⁹³

Ova studija ima i neka ograničenja. Među skupinama je postojala značajna razlika s obzirom na zanimanje i broj ispitanika s dojenom djecom. Unatoč razlici, statistička analiza nije pokazala nikakve važne trendove između znanja, prakse i stavova ispitanika i demografskih varijabli. Drugo ograničenje je anonimnost anketa koje ne omogućuju sparivanje podataka prije i nakon intervencije. U tim slučajevima moraju se primijeniti statistički testovi za nezavisne uzorke, što smanjuje snagu istraživanja, to jest, povećava se mogućnost dobivanja razlika koje nisu statistički značajne. Prema tome, statistički značajne razlike u ovoj studiji su neupitne i snažno podržavaju zaključke o

učinkovitosti provedenog tečaja. Još jedno ograničenje krije se u činjenici da nismo mogli isključiti utjecaj drugih tečaja za dojenje ili promotivnih aktivnosti koje su se mogle odvijati istodobno, kao što je npr. bila preporuka Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske u rujnu 2007.godine o povlačenju podrške dijeljenju paketa "Sretna beba" pri otpustu iz rodilišta. To je možda pridonijelo poboljšanju svijesti o važnosti Kodeksa; naime točne odgovore ("pridržavanje Koda") je dalo 65% ispitanika je prije a 90,4% nakon tečaja. Tromjesečno vremensko ograničenje za procjenu promjene znanja, prakse i stava nakon tečaja može se također smatrati ograničenjem. To je vrijeme odabrano jer nije ni preblizu tečaja (prema tome i predvidiv što se ishoda tiče), niti predaleko od njega, kada bi se rezultati mogli pripisati drugim usputnim utjecajima. Također je upitno hoće li (i kako) učinci koji su uočeni u ovoj studiji podnijeti test vremena. Moje je mišljenje da će provedba BFHI, s tečajem kao prvim od 10 koraka, nužno dovesti do poboljšanja znanja i izgradnje pozitivnih stavova prema dojenju među zdravstvenim djelatnicima, što bi posljedično trebalo poboljšati bolničku praksu. To su uočili Valdes i sur. koji su dvije godine nakon provedenog trodnevnog tečaja o dojenju (po uzoru SZO/ UNICEF-ova 18-satnog tečaja) pronašli da je 69% zdravstvenih djelatnika poboljšalo praksu naklonjenu dojenju u odnosu na one koji nisu pohađali tečaj.⁶⁵

5.2 Isključivo dojenje u splitskom rodilištu-pouzdanost podataka

Ova studija otkriva da standardna metoda koja se koristi u većini hrvatskih rodilišta za evidentiranje prehrane novorođenčadi (Novorođenački list), a koja se temelji na jednoj bilješki dnevno, značajno povećava broj novorođenčadi koja je u bolnici hranjena isključivo majčinim mlijekom. Agampodi i sur., u analizi visokih stopa isključivog dojenja evidentiranih u Šri Lanki, ističu da će krivo tumačenje tih podataka za posljedicu imati neutemeljeni optimizam među zdravstvenim djelatnicima i donositeljima odluka, te manjak inicijative za nastavak aktivne promocije dojenja.²² Kao što Agampodi naglašava „to je vrlo opasno, jer potencijal da bi se dalje poboljšala stopa isključivog dojenja ne će biti ostvaren, što će značajno utjecati na mogućnost daljnjeg unaprjeđenja dječjeg zdravlja“.

Nakon detaljnog pregleda dostupne literature, sa sigurnošću može se reći da je ovo je prva studija koja uspoređuje podatke o stopi isključivog dojenja u bolnici koristeći različite metode prikupljanja podataka. U novim tablicama prehrane, priređenim za ovu studiju, u koje su redovito bilježeni svi obroci koje je novorođenče dobivalo od rođenja do otpusta iz bolnice, jasno je evidentno da je 97% djece dobivalo umjetno mlijeko tijekom boravka u bolnici u danom razdoblju. Nadalje, za isti

promatrani uzorak djece, preporuku za davanje umjetnog mlijeka dežurni je pedijatar bio izdao samo u 44% slučajeva ($P < 0,001$), što je bilo razvidno iz Novorođenačkih listova. Za svu drugu novorođenčad (53%), u Novorođenačkim listovima osim početne bilješke „dojeno“, nije bila pronađena nikakva druga zabilješka. Iz toga se moglo (krivo) zaključiti da su ta djeca bila tijekom cijelog boravka u bolnici isključivo dojena, što očito nije bio slučaj. Stoga se može zaključiti da velika većina novorođenčadi u bolnici dobiva umjetno mlijeko, ali se to u standardnim dokumentima ne evidentira, što dovodi do krivih zaključaka o isključivom hranjenju majčinim mlijekom u bolnici.

Podatci o prehrani novorođenčadi trebali bi se bilježiti odmah nakon obroka i biti precizni i sveobuhvatni, to jest, treba točno evidentirati sadržaj i količinu hrane, način davanja i medicinsku indicaciju/razlog za davanje⁹⁴. Kada nalog za davanje dodatka nije medicinski indiciran, bolničko osoblje treba upozoriti majke na rizike povezane s davanjem zamjena za majčino mlijeko³ i ponuditi pomoć pri dojenju. Majčinu konačnu odluku treba zapisati, podržati i poštovati.

Majke su se pokazale kao pouzdan „izvor“ podataka o prehrani dojenčadi, osim tijekom prvotnog razdoblja odvojenosti od novorođenčeta, kada majke nisu uvijek ni svjesne da su njihova djeca dobila umjetno mlijeko. Stoga i postoji značajna razlika u isključivom dojenju za prvih 48 sati kada se usporede izjave majki s tablicama prehrane (22% majke prema 7% tablice). U nastavku praćenja i usporedbe, izjave majki se u potpunosti slažu s podacima zabilježenim u tablicama prehrane. U nekim zemljama svijeta, majke rutinski vode dnevnik prehrane svoje novorođenčadi upisujući podatke za svaki obrok, što zdravstveno osoblje provjeri i potvrdi. Prema tome, gdje god je moguće, majke bi trebalo ohrabrivati da zapisuju svaki unos hrane za svoje novorođenče i time pridonose praćenju napretka svojega djeteta za vrijeme boravka u bolnici. Odvajanje novorođenčeta od majke trebalo bi potpuno izbjegavati.

Obrazac „Pregled novorođenčeta kod otpusta“ iz Zdravstvene knjižice predškolskog djeteta pokazao se kao najmanje točan od četiri različita izvora podataka o prehrani novorođenčadi. U 82% slučajeva dežurni je pedijatar izabrao opciju „prirodna prehrana“, što je u sukobu s nalazom u tablicama prehrane, prema kojima je samo 3% te iste djece bilo hranjeno majčinim mlijekom bez ikakvih dodatka. To ne iznenađuje s obzirom da je izraz „prirodna prehrana pri otpustu“ veoma nejasan, a bez daljnjeg objašnjenja mogao bi se tumačiti na različite načine, kako u odnosu na vrstu hrane koja se daje novorođenčetu tako i na vremensko razdoblje na koji se odnosi. Uz to se nameću i pitanja o izvoru informacija korištenih za opredjeljivanje pedijatra za „prirodnu prehranu“, definiciju dojenja koja je u to vrijeme bila u upotrebi, kao i je li pedijatar zabilježio kako je novorođenče bilo hranjeno od poroda do otpusta, u trenutku otpusta ili prema majčinim namjerama

s obzirom na to kako je planirala hraniti svoje dijete nakon otpusta. Cattaneo i sur. u analizi 16 publikacija o dojenju u Italiji također su se suočili sa sličnim dvojbama kod tumačenja podatka o „dojenju pri otpustu“⁹⁵. Nedostatak standardiziranih vremenskih razdoblja za prikupljanje podataka (npr. u zadnja 24 sata, prethodnih sedam dana, od rođenja i slično), korištenje definicija dojenja koje nisu propisane od SZO i nekvalitetne analize varijabli o dojenju, dovelo je autore navedene publikacije do zaključka da su podatci o dojenju u Italiji često netočni.⁹⁵

Ograničenja ove studije su nerandomizirani uzorak majki i manjkavosti nekih skupina podataka. Ono prvo se pokušalo umanjiti uzastopnim pristupom majkama na odjelu, sa, u konačnici, zanemarivim brojem majki koje su bile odbile sudjelovati. Iako su tablice prehrane u ovoj studiji najpouzdaniji izvor podataka o prehrani novorođenčadi i trebale bi biti prihvaćene kao „zlatni standard“ za pohranu podataka o prehrani u rodilištu, ipak su izložene ljudskoj grješci, to jest, moguće je da se neki obroci ne upišu/specificiraju i da tako nastanu pogreške koje dovode do krivih zaključaka.

5.3 Utjecaj izobrazbe zdravstvenih djelatnika na iskustava majki tijekom trudnoće, poroda, boravka u rodilištu KBC Split i tijekom prvih godinu dana po porodu

Ova studija sugerira da izobrazba zdravstvenih djelatnika u obliku SZO/ UNICEF-ovog 20-satnog tečaja o dojenju samo po sebi nije dovoljna da bi dovela do značajne sveukupne promjene u rutini splitskoga rodilišta i u stopi dojenja nakon otpusta, usprkos poboljšanju znanja, stavova i (teoretske) prakse pojedinih zdravstvenih djelatnika. Taj nalaz je suprotan studiji Cattanea i Buzzettia⁶⁹ u kojoj su oni proučili učinak 18-satnog UNICEF tečaja, pojačanog s dodatna 2 sata o umijeću savjetovanja, u 8 rodilišta u Italiji. Sve bolnice u interventnoj skupini poboljšale su provođenje *10 Koraka*, a našle su se značajne razlike u stopi ID pri otpustu, potpunom dojenju nakon 3 mjeseca i dojenju nakon 6 mjeseci. U talijanskoj studiji stavlja se jak naglasak na praktične vježbe i umijeće savjetovanja, a postojala je i jaka podrška uprave rodilišta, što donekle može objasniti različite rezultate. Obrazovanje u Splitu bilo je ponajprije didaktičkoga tipa, dok je praktična nastava bila slabo posjećena. Intervencije koje se koriste kombiniranim interaktivnim i didaktičnim obrazovnim formatom djelotvornije su od onih koje koriste uglavnom didaktični format.^{96,59} Interakcija na tečaju je nadalje bila otežana velikom skupinom polaznika. Smatra se da su upravo male skupine, od samo 10 zdravstvenih djelatnika, pridonijele uspjehu trodnevnog obrazovnog programa u Francuskoj, a što je poboljšalo praksu u rodilištima kao i stopu ID pri otpustu (*prije tečaja* 15.8% prema *nakon* tečaja

35.2%).⁷² U toj su studiji majke u post-intervencijskoj skupini pokazale znatno produljenje trajanja dojenja (s 13 na 16 tjedana).⁷¹

Iako je ova studija pokazala povećanje stope isključivog dojenja tijekom prvih 48 sati života te poboljšanje prakse "dojenja na traženje djeteta" nakon izobrazbe zdravstvenih djelatnika, ova praksa se i dalje provodila u vrlo malom, nezadovoljavajućem postotku. Možda je i nekoliko drugih čimbenika utjecalo na provedbu preporučenih rutina. Možda je stil govora pojedinih predavača na tečaju bio važniji u stimuliranju promjene negoli sadržaj samog obrazovnog programa. Ako je govornik na tečaju bio ambivalentan prema preporukama UNICEF-a ili nije svim srcem bio za program to je moglo negativno utjecati na slušateljstvo. Nedavni Cochrane sustavni pregled, "The effect of educational meetings on professional practice and healthcare outcomes", pokazao je da je učinak izobrazbe bio manji na složenija ponašanja s manje ozbiljnim ishodima.⁹⁶ Dojenje je vrlo složena biopsihofizička aktivnost⁵⁹, a zdravstveni je djelatnici često percipiraju kao manje ozbiljnu te umanjuju njezinu važnost. To slabi istinsku potporu rukovodećeg osoblja, navlastito u odsutnosti zajedničkog cilja ili motivacije.

Potporna rukovodećeg osoblja nužna je za uklanjanje institucionalnih prepreka, koje otežavaju provedbu "baby-friendly" prakse; takva prepreka je, primjerice, rutinsko odvajanje majke i djeteta nakon poroda. Kada politika ustanove onemogućuje osoblju primjenu stečenog znanja i vještine, ni najbolja izobrazba ne će dovesti do promjene prakse u rodilištu i posljedično tome, boljitku stope dojenja. U prvom dijelu ovog istraživanja dokazana je učinkovitost SZO/ UNICEF-ovog 20-satnog tečaja glede poboljšanja znanja, stavova i individualnu praksu zdravstvenih djelatnika rodilišta o dojenju, ali ako donositelji odluka istinski ne prihvate i podrže praksu naklonjenu dojenju onda pojedinci ne će moći sami mijenjati sustav. Zato je prvi i osnovni korak BFHI „Imati pisana pravila o dojenju dostupna cjelokupnom zdravstvenom osoblju“, što podrazumijeva da su svi upoznati i suglasni s pravilima. Važnost jake politike dojenja za uspješno provođenje BFHI uočili su i mnogi drugi.^{69,78,97,98}

Usprkos povećanju stope isključivog dojenja u splitskom rodilištu tijekom ovog istraživanja, još uvijek je većina novorođenčadi u post-intervencijskoj skupini dobivala nadohranu tijekom boravka u rodilištu. Ta praksa može djelomično objasniti nedostatak poboljšanja u isključivosti i trajanju dojenja nakon otpusta. Naime, brojne studije su pokazale povezanost između davanja nadohrane u bolnici i niže stope dojenja nakon otpusta.^{78,69,76,99-102} Čak su neki istraživači primijetili da majke nastavljaju koristiti istu marku umjetnog mlijeka koje je koristilo osoblje u rodilišt.¹⁰³

Ova studija ima i nekoliko metodoloških ograničenja. Nemogućnost intervjuiranja svih majki koje su rodile tijekom razdoblja studije, odnosno odsutnost nasumičnog uključivanja majki, povezuje se s rizikom pristranosti pri izboru sudionika i ishodu mjerenja. Uzastopnim pristupanjem majkama na odjelu, i to s različitih krajeva odjela na izmjenične datume intervju, nastojalo se smanjiti taj otklon. Zanimljiv broj žena koje su odbile sudjelovanje u studiji i sličnost sociodemografskih značajki između dvaju kohorta sugerira da je uzorak parova majka/dijete bio reprezentativan populaciji žena koje su u to doba rađale u Splitu. Da bi se izbjegao rizik pristranosti pri mjerenju rezultata, korišteni su standardizirani upitnici i postupci za prikupljanje podataka prije i nakon intervencije. Studije ustroja prije-poslije često se kritiziraju zbog nemogućnosti razlikovanja sekularnih promjena od promjena koje proistječu iz intervencije. Nije moguće sa sigurnošću reći da rezultati ove studije nisu bili pod utjecajem drugih čimbenika ili povijesnih zbivanja koja su se događala u isto vrijeme. Intervencija je bila dio petogodišnje (2007.-2012.) kampanje za BFHI, koja je uključivala proizvodnju i distribuciju plakata, letaka, DVD-a i drugih materijala o dojenju namijenjenih javnosti. Minimalno poboljšanje bolničke prakse i činjenica da nije došlo do promjene stope dojenja nakon otpusta upućuju da kampanja nije omela našu intervenciju. Proslava Svjetskoga tjedna dojenja 2007. g. naglasila je važnost dojenja tijekom prvoga sata. Istodobno, pokrenut je na Medicinskom fakultetu u Splitu 80-satni tečaj "Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju" za zdravstvene djelatnike, kojem je pribivalo 10 od 271 zaposlenika iz splitskoga rodilišta. Ti bi događaji mogli objasniti ionako visok postotak novorođenčadi smještenih kožom na kožu prije SZO/UNICEF-ova 20-satnog tečaja, odnosno izostanak značajnijeg učinka našega tečaja na rodilišnu praksu.

Još jedno moguće objašnjenje za izostanak značajnijeg napretka u bolničkoj praksi te stopi dojenja je kratak razmak vremena između obrazovanja i prikupljanja podataka nakon intervencije. Vjerojatno treba dulje razdoblje za provođenje preporučene prakse, odnosno za očitovanje utjecaja tečaja na dojenje.

Nekoliko nespornih činjenica čine ovo istraživanje jedinstvenom: prvo je istraživanje koje je predstavilo korištenje službenog SZO/UNICEF upitnika za praćenje bolnica *Prijatelji djece*; prvo je istraživanje koja je proučila utjecaj novog, proširenog SZO/UNICEF-ova 20-satnog tečaja o dojenju; obuhvaćen je razmjerno velik i reprezentativan uzorak majki; podatci su prikupljeni prospektivno što im povećava vjerodostojnost, i stope osipanja sudionika bile su izrazito niske za dugoročnu kohortnu studiju.

6. ZAKLJUČCI

U ovom istraživanju izmjeren je učinak novog, revidiranog i proširenog SZO/UNICEF-ova 20-satnog tečaja o dojenju na znanje, stavove i individualnu praksu zdravstvenih djelatnika. Pokazano je da ovaj oblik izobrazbe značajno poboljšava znanje, stavove i individualnu praksu o dojenju. Shodno tome, ovaj tečaj bi mogao poslužiti za temeljnu izobrazbu svih zdravstvenih djelatnika koji skrbe o trudnicama, majkama i djeci.

Ispitujući po prvi put znanje, stavove i praksu zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj glede dojenja, ova studija je otkrila područja znanja i prakse koja su nedostatna, poput podržavanja dojenja nakon carskog reza, liječenja mastitisa, pripreme dojke u trudnoći, važnost kontakta koža-uz-kožu odmah po porodu i uzimanje alkohola tijekom dojenja. Ova nova saznanja mogu pomoći u planiranju daljnjih edukativnih aktivnosti za zdravstvene djelatnike.

Po prvi put je uporabljen validirani upitnik IIFAS za procijenu stavova zdravstvenih djelatnika rodilišta te kao alat za ispitivanje stavova o prehrani djece prije i poslije intervencije (edukacije). Upotrebom IIFAS-a u procjeni korisnosti SZO/UNICEF-ova 20-satnog tečaja, zaključeno je da nakon odrađenog tečaja dolazi do značajnog povećanja broja zdravstvenih djelatnika s pozitivnim stavom prema dojenju, dok se omjer onih s neutralnim stavom značajno smanjio.

U ovom istraživanju po prvi put su analizirani podaci o stopi isključivog dojenja u rodilištu uspoređujući četiri metode prikupljanja podataka o prehrani novorođenčadi. Pomoću novih, za ovu studiju izrađenih tablica, dokazano je da je stopa isključivog dojenja u splitskom rodilištu značajno manja nego što je prikazano u standardnom "Novorođenačkom listu", u kojem se samo jednom dnevno upisuju podaci o prehrani. Za dobivanje preciznih, točnih i vjerodostojnih podataka o prehrani djece u rodilištu, preporučeno je uvođenje tablica prehrane u svakodnevnu praksu svih hrvatskih rodilišta.

Izobrazba zdravstvenih djelatnika splitskog rodilišta povezana je s značajnim povećanjem stope isključivog dojenja tijekom prvih 48 sati djetetova života i sa značajno većom učestalosti ispravnog savjetovanja majki o „dojenju na traženje djeteta“. Suprotno očekivanju, nije došlo do drugih pozitivnih promjena svakodnevne prakse u rodilištu kao ni do povećanja stope dojenja nakon otpusta iz rodilišta. Unatoč tome, izobrazba zdravstvenih djelatnika rodilišta je ključna prva komponenta, odnosno temelj za provođenje potrebnih promjena.

7. SAŽETAK

Ciljevi: Osnovni ciljevi ovog istraživanja bili su ocijeniti (objektivno i kvantitativno) slijedeće: utjecaj novog, revidiranog i proširenog SZO/UNICEF-ova 20-satnog tečaja o dojenju na znanje, stavove i individualnu praksu zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta te evaluirati navike i praksu zdravstvenih djelatnika splitskog rodilišta, u vidu UNICEF-ovih "Deset koraka prema uspješnom dojenju", na stopu **isključivog** dojenja u prvih 48 sati od rođenja i pri otpustu iz rodilišta, te u 3. i 6. mjesecu po porodu i na stopu **ukupnog** dojenja u prvih 48 sati i pri otpustu iz rodilišta te 3, 6 i 12 mjeseci nakon poroda. Dodatni ciljevi ove studije su bili ispitati znanje, stavove i uobičajenu praksu zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta o dojenju te ispitati točnost podataka o isključivom dojenju u rodilištu koristeći različite metode prikupljanja podataka o prehrani novorođenčadi.

Ispitanici i metode: Pet od devet dalmatinskih rodilišta, čiji su djelatnici završili tečaj o dojenju između prosinca 2007. i veljače 2009. godine, uključeni su u studiju o utjecaju izobrazbe na znanje, stavove i individualnu praksu zdravstvenih djelatnika. Osoblju rodilišta (424 prije tečaja i 308 nakon tečaja) podijeljen je anonimni upitnik o dojenju neposredno prije i 3 mjeseca poslije izobrazbe. Stavovi zdravstvenih djelatnika su procijenjeni pomoću validiranog alata "Iowa Infant Feeding Attitude Scale" (IIFAS).

Za procjenu pouzdanosti stope isključivog dojenja u splitskom rodilištu, analizirani su podatci 157 parova majka/dijete uključenih u studiju na Klinici za ženske bolesti i porode KBC Split između veljače i svibnja 2008. godine. Podatci o prehrani novorođenčadi u bolnici prikupljeni su iz četiri izvora: 1) standardni „Novorođenački list“; 2) nova „tablice prehrane“; 3) intervju s majkama prije otpusta iz bolnice i 4) „Zdravstvena knjižica za predškolsko dijete“. Kako bi se odredile stope isključivog dojenja tijekom prvih 48 sati i za period od rođenja do otpusta iz bolnice, korištene su definicije dojenja SZO.

Za procjenu utjecaja izobrazbe zdravstvenih djelatnika na bolničku praksu i stopu dojenja, održan je u dva navrata (2008. i 2009. godine) SZO/UNICEF-ov 20-satni tečaj, koji je pohađalo 80% osoblja Klinike za ženske bolesti i porode KBC Split. Ukupno 773 majke (388 njih u skupini prije tečaja i 385 nakon tečaja) uključene su u studiju, bile su intervjuirane pri otpustu iz bolnice te nakon 3, 6 i 12 mjeseci da bi se dobio uvid u provođenju bolničke prakse koja podržava dojenje i točno odredio način prehrane djece u ovim periodima.

Rezultati: Došlo je do značajnog poboljšanja znanja, stavova i individualne prakse zdravstvenih djelatnika nakon tečaja. Samo je jedna petina zdravstvenih djelatnika prije tečaja znala da priprema

dojke u trudnoći nije potrebna, što se povisilo na 57% nakon tečaja ($P < 0,001$). Postotak zdravstvenih djelatnika koji su prepoznali bolničku praksu koja podržava dojenje i znakove slabog pozicioniranja djeteta kod dojenja skoro se udvostručio nakon tečaja ($P < 0,001$). Broj zdravstvenih djelatnika koji je ispravno preporučio postavljanje djeteta 'kožom na kožu' odmah nakon carskog reza (s regionalnim anestetikom) nije se znatno poboljšao, a analiza stratifikacije pokazala je da su mlađi ispitanici (<36 godina) bili skloniji podržati ovu praksu. Iako se postotak zdravstvenih djelatnika koji su ispravno pristupili liječenju mastitisa znatno poboljšao nakon tečaja, i dalje je visokih 47% ispitanika preporučilo djelomičan ili potpun prestanak dojenja. Broj zdravstvenih djelatnika s pozitivnim stavom prema dojenju povećao se sa 65% na 79%, dok je broj zdravstvenih djelatnika s neutralnim stavom pao s 26,6% na 9,9% ($P < 0,001$). Čak i nakon tečaja, znatan postotak zdravstvenih djelatnika pokazao je neodlučenost u stavovima koji se odnose na uzimanje alkohola i dojenje.

Kad se temeljem podataka iz novih "tablica prehrane" promatraju stope isključivog dojenja, utvrđuje se da je svega 3 % dojenčadi bilo isključivo dojeno tijekom boravka u bolnici, nasuprot 56% i 82% isključivo dojene novorođenčadi na temelju „Novorođenačkih listova“ i „Zdravstvena knjižica“ ($P < 0,001$). Izjave majki potvrdile su nalaze da je 97% dojenčadi dodatno dobivalo formulu. Dakle, većina dojenčadi je nadohranjena u rodilištu, a to se ne bilježi u Novorođenačkim listovima.

Samo jedna (Korak 8) od 7 ispitivanih praksi koje podržavaju dojenje znatno se poboljšala tri mjeseca nakon provedene edukacije/tečaja u splitskom rodilištu. Postotak novorođenčadi koja su isključivo dojena majčinim mlijekom tijekom prvih 48 sati se nakon tečaja povećao sa 6,0 na 11,7% ($P < 0,005$). Nije bilo značajne razlike u stopi dojenja kod otpusta, 3, 6 ili 12 mjeseci nakon poroda između skupina majki praćene prije i poslije edukacije zdravstvenih djelatnika .

Zaključci: SZO/UNICEF-ov 20-satni tečaj je učinkovita intervencija za poboljšanje znanja, stavova i individualne prakse zdravstvenih djelatnika dalmatinskih rodilišta. Rezultati ovih istraživanja mogu se koristiti za ciljanu obuku zdravstvenih djelatnika iz područja znanja/stavova koja su se pokazala kriva ili manjkava.

Točna dokumentacija o prehrani novorođenčadi je od presudne važnosti kako bi se dobila istinita slika o stopama isključivog dojenja od rođenja. Ova studija pokazuje da standardni obrasci za evidentiranje prehrane djece u rodilištu uvelike podcjenjuju rasprostranjenost nadohrane novorođenčadi, s lažno visokim stopama isključivog dojenja.

Izobrazba zdravstvenih djelatnika splitskog rodilišta je povezana s povećanjem stope isključivog dojenja tijekom prvih 48 sati djetetova života te sa značajno većom učestalosti ispravnog

savjetovanja majki o „dojenju na traženje djeteta“. Suprotno očekivanju, nije došlo do drugih pozitivnih promjena u rodilištu, kao ni do povećanja stope dojenja nakon otpusta iz rodilišta. Usprkos tome, izobrazba zdravstvenih djelatnika rodilišta je ključna komponenta, odnosno temelj za provođenje potrebnih promjena, za čije je provođenje, osim vremena potrebna i snažna kadrovska i institucionalna potpora.

8. SUMMARY

THE EFFECT OF HEALTH PROFESSIONAL TRAINING ON BREASTFEEDING

Objectives: To evaluate knowledge, practices, and attitudes to breastfeeding among Croatian health professionals before and after completing the revised and expanded UNICEF/WHO 20-hour course. To assess the accuracy of hospital infant feeding data. To evaluate the impact of the UNICEF/WHO 20-hour course on hospital practices and breastfeeding rates during the first 12 months of life.

Methods: A questionnaire testing knowledge, practices, and attitudes toward breastfeeding was distributed to 424 health professionals in Southern Croatia before and 308 after training. Seven hundred and seventy three mothers (388 in the pre-training group and 385 in the post-training group) were included in a birth cohort and interviewed at discharge, 3, 6 and 12 months postpartum to evaluate hospital practices and infant feeding. WHO definitions were used to determine breastfeeding rates.

Results: Knowledge, attitudes and case-scenario based practices improved significantly post-training. Management of mastitis remained the case scenario with the highest frequency of incorrenct responses. The number of staff with positive attitudes toward breastfeeding increased from 65% to 79%, whereas the number of staff with neutral attitudes dropped from 26.6% to 9.9% ($P < 0,001$) Only 3% of infants were exclusively breastfed throughout the hospital stay. Most formula supplements are not recorded in the standard charts. Only 1 (*Step 8*) out of 7 Baby-Friendly practices assessed improved significantly 3 months following training. The proportion of newborns exclusively breastfed during the first 48 hours increased from 6.0 to 11.7% ($P < 0,005$). There was no difference in breastfeeding rates at discharge, 3, 6 or 12 months between the pre- and post-training groups.

Conclusion: The UNICEF/WHO 20-hour course is an effective tool for improving health professionals' breastfeeding knowledge, attitudes and individual practices. Every feed a newborn receives in hospital should be recorded if we are to obtain reliable and accurate breastfeeding rates. Significant changes in hospital practices are unlikely to occur with training alone, especially for practices that require a change in hospital policy. However, training is still a key component to drive changes that need to occur.

9. LITERATURA

1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007(153):1-186.
2. Horta L, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 2007:1-51.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
4. Stuebe A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(4):222-31.
5. Pikwer M, Bergstrom U, Nilsson J, Jacobsson L, Berglund G, Turesson C. Breast feeding, but not use of oral contraceptives, is associated with a reduced risk of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68(4):526-30.
6. Jonas W, Nissen E, Ransjo-Arvidson A, Wiklund I, Henriksson P, Uvnas-Moberg K. Short- and long-term decrease of blood pressure in women during breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3(2):103-9.
7. Gunderson EP, Lewis CE, Wei GS, Whitmer RA, Quesenberry CP, S. S. Lactation and changes in maternal metabolic risk factors. *Obstet Gynecol.* 2007;109(3):729-38.
8. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, Allison MA, Ness RB, Freiberg MS, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.* 2009;113(5):974-82.
9. Jones G, Riley M, Dwyer T. Breastfeeding in early life and bone mass in prepubertal children: a longitudinal study. *Osteoporos Int* 2000;11(2):146-52.
10. Sun Y, Vestergaard M, Christensen J, Olsen J. Breastfeeding and risk of epilepsy in childhood: a birth cohort study. *J Pediatr* 2011;158(6):924-9.
11. Ogbuanu IU, Karmaus W, Arshad SH, Kurukulaaratchy RJ, Ewart S. Effect of breastfeeding duration on lung function at age 10 years: a prospective birth cohort study. *Thorax* 2009;64(1):62-6.
12. Heikkila K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breast feeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child* 2011;96(7):635-42.
13. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125(5):e1048-56.

14. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr* 2006;95(5):540-6.
15. Buchner FL, Hoekstra J, van Rossum CTM. Health gains and economic evaluation of breastfeeding policies. *Bilthoven 2007: RIVM report 350040002/2007*.
16. Aarts C, Kylberg E, Hornell A, Hofvander Y, Gebre-Medhin M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *Int J Epidemiol* 2000;29(6):1041-6.
17. Binns CW, Fraser ML, Lee AH, Scott J. Defining exclusive breastfeeding in Australia. *J Paediatr Child Health* 2009;45(4):174-80.
18. Hector DJ. Complexities and subtleties in the measurement and reporting of breastfeeding practices. *Int Breastfeed J*;6:5.
19. Labbok MH, Coffin CJ. A call for consistency in definition of breastfeeding behaviors. *Soc Sci Med* 1997;44(12):1931-2.
20. Piwoz EG, Creed de Kanashiro H, Lopez de Romana G, Black RE, Brown KH. Potential for misclassification of infants' usual feeding practices using 24-hour dietary assessment methods. *J Nutr* 1995;125(1):57-65.
21. Thulier D. A call for clarity in infant breast and bottle-feeding definitions for research. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39(6):627-34.
22. Agampodi SB, Agampodi TC, de Silva A. Exclusive breastfeeding in Sri Lanka: problems of interpretation of reported rates. *Int Breastfeed J* 2009;4:14.
23. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008. Download from http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm
24. WHO. Global Data Bank on Breastfeeding. WHO, Geneva, 1996.
25. Guić M. Stavovi trudnica prema dojenju: korelacija sa započinjanjem i duljinom dojenja nakon poroda. Medicinski fakultet Sveučilište u Splitu 2007;64.
26. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
27. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care* 2005;17(6):487-96.

28. United States Breastfeeding Committee. *Implementing the Joint Commission Perinatal Care core measure on exclusive breast milk feeding. Rev ed. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee, 2010.*
29. Bosnjak A, Batinica M. Results of breastfeeding promotion in breastfeeding support groups in Medimurje, Croatia. *Paediatr Croat* 2004;197-202.
30. Bralic I. Pretilost i rizik za razvoj pretilosti u ranoj adolescentnoj dobi. *Paediatr Croat* 2005;49:211-17.
31. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4(2B):729-39.
32. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006;117(4):e646-55.
33. Meedy S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth*;23(4):135-45.
34. Obradovic K. Trajanje dojenja u gradu Solinu od 1988. do 1998. godine. *Paediatr Croat* 2000;44:157-60.
35. Berovic N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study. *Croat Med J* 2003;44(5):596-600.
36. Bosnjak AP, Grguric J, Stanojevic M, Sonicki Z. Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups. *J Perinat Med* 2009;37(2):185-92.
37. Pavičić Bošnjak A, Grgurić J. Osobine majki članica grupa za potporu dojenja i njihov utjecaj na trajanje dojenja. *Paediatr Croat* 2007;51:1-11.
38. Humenick SS, Hill PD, Spiegelberg PL. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14(4):305-10.
39. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rego VH, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113(4):e283-90.
40. Grgurić J, Kolaček S, Percl M, Lulić-Jurjević R. Mlijeko u prehrani djece u Hrvatskoj. *Paediatr Croat* 1998;42:133-8.
41. Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics* 1990;86(5):741-6.
42. Freed GL. Breast-feeding. Time to teach what we preach. *JAMA* 1993;269(2):243-5.
43. Freed GL, Clark SJ, Cefalo RC, Sorenson JR. Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(5):1607-13.

44. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *Jama* 1995;273(6):472-6.
45. Smale M, Renfrew MJ, Marshall JL, Spiby H. Turning policy into practice: more difficult than it seems. The case of breastfeeding education. *Matern Child Nutr* 2006;2(2):103-13.
46. Okolo SN, Ogbonna C. Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices. *Eur J Clin Nutr* 2002;56(5):438-41.
47. Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999;103(3):E35.
48. Lawrence RA. Practices and Attitudes Toward Breast-Feeding Among Medical Professionals. *Pediatrics* 1982;70(6):912-20.
49. Guise JM, Freed G. Resident physicians' knowledge of breastfeeding and infant growth. *Birth* 2000;27(1):49-53.
50. Feldman-Winter LB, Schanler RJ, O'Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians and the promotion and support of breastfeeding. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162(12):1142-9.
51. Scott JA, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S. Occurrence of lactational mastitis and medical management: A prospective cohort study in Glasgow. *Int Breastfeed J* 2008;3:21.
52. Kaso M, Miyamaoto K, Koyama E, Nakayama T. Breastfeeding information in midwifery textbooks in Japan: content analysis with evaluation standards based on Delphi method. *J Hum Lact* 2011;27(4):367-77.
53. Ogburn T, Philipp B, Espey E, Merewood A, Espindola D. Assessment of breastfeeding information in general obstetrics and gynecology textbooks. *J Hum Lact* 2011;27(1):58-62.
54. Philipp BL, McMahon MJ, Davies S, Santos T, Jean-Marie S. Breastfeeding information in nursing textbooks needs improvement. *J Hum Lact* 2007;23(4):345-9.
55. Philipp BL, Merewood A, Gerendas EJ, Bauchner H. Breastfeeding information in pediatric textbooks needs improvement. *J Hum Lact* 2004;20(2):206-10.
56. Wallace LM, Kosmala-Anderson J. A training needs survey of doctors' breastfeeding support skills in England. *Matern Child Nutr* 2006;2(4):217-31.
57. Register N, Eren M, Lowdermilk D, Hammond R, Tully MR. Knowledge and attitudes of pediatric office nursing staff about breastfeeding. *J Hum Lact* 2000;16(3):210-5.
58. Brodribb W, Fallon AB, Jackson C, Hegney D. Breastfeeding knowledge - the experiences of Australian general practice registrars. *Aust Fam Physician* 2009;38(1-2):26-9.

59. Dykes F. The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Matern Child Nutr* 2006;2(4):204-16.
60. Renfrew MJ, McFadden A, Dykes F, Wallace LM, Abbott S, Burt S, et al. Addressing the learning deficit in breastfeeding: strategies for change. *Matern Child Nutr* 2006;2(4):239-44.
61. Abbott S, Renfrew MJ, McFadden A. 'Informal' learning to support breastfeeding: local problems and opportunities. *Matern Child Nutr* 2006;2(4):232-8.
62. Howard CR, Schaffer SJ, Lawrence RA. Attitudes, practices, and recommendations by obstetricians about infant feeding. *Birth* 1997;24(4):240-6.
63. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009;25(1):50-61.
64. McIntyre E, Lawlor-Smith, C. Improving breastfeeding knowledge of health professionals. *Australian Family Physician* 1996;25(9):568-70.
65. Valdes V, Pugin E, Labbok MH, Perez A, Catalan S, Aravena R, et al. The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. *J Hum Lact* 1995;11(3):185-90.
66. Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ* 1999;77(6):492-8.
67. Hall Moran V, Bramwell R, Dykes F, Dinwoodie K. An evaluation of skills acquisition on the WHO/UNICEF Breastfeeding Management Course using the pre-validated Breastfeeding Support Skills Tool (BeSST). *Midwifery* 2000;16:197-203.
68. Martens PJ. Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital Initiative compliance? The experience of a small, rural Canadian hospital. *J Hum Lact* 2000;16(4):309-18.
69. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001;323(7325):1358-62.
70. Durand M, Labarere J, Brunet E, Pons JC. Evaluation of a training program for healthcare professionals about breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;106(2):134-8.
71. Vittoz JP, Labarere J, Castell M, Durand M, Pons JC. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. *Birth* 2004;31(4):302-7.
72. Labarere J, Castell M, Fourny M, Durand M, Pons JC. A training program on exclusive breastfeeding in maternity wards. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83(1):77-84.
73. Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005;366(9491):1094-100.

74. Grossman X, Chaudhuri J, Feldman-Winter L, Abrams J, Newton KN, Philipp BL, et al. Hospital Education in Lactation Practices (Project HELP): does clinician education affect breastfeeding initiation and exclusivity in the hospital? *Birth* 2009;36(1):54-9.
75. Ingram J, Johnson D, Condon L. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Prim Health Care Res Dev*;12(3):266-75.
76. Dyson L, Renfrew MJ, McFadden A, McCormick F, Herbert G, Thomas J. Promotion of breastfeeding initiation and duration *Evidence into practice briefing*, 2006.
77. McFadden A, Renfrew MJ, Dykes F, Burt S. Assessing learning needs for breastfeeding: setting the scene. *Matern Child Nutr* 2006;2(4):196-203.
78. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva, World Health Organization, 1998.
79. WHO. *International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1981.
80. Grgurić J. Poticaj za izradu nacionalne strategije za promicanje dojenja u Hrvatskoj. *Paediatr Croat* 1994;38:1-5.
81. UNICEF/WHO. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 3: Breastfeeding Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital: A 20 hour Course for Maternity Staff. Preliminary Version for Country Implementation, January 2006.
82. De la Mora A RS, Dungy CI, Losch M, Dusdieker L. The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol* 1999;29:2362-80.
83. UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 4: Hospital Self-Appraisal and Monitoring. Preliminary Version for Country Implementation, January 2006.
84. Moore E, Anderson G, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(3).
85. WHO. Mastitis: Causes and Management. Geneva, Switzerland, World Health Organization 2000.
86. Shaker I, Scott JA, Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parents: breastfeeding and formula feeding. *J Adv Nurs* 2004;45(3):260-8.
87. Scott JA, Shaker I, Reid M. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth* 2004;31(2):125-31.

88. Dungy CI, McInnes RJ, Tappin DM, Wallis AB, Oprescu F. Infant feeding attitudes and knowledge among socioeconomically disadvantaged women in Glasgow. *Matern Child Health J* 2008;12(3):313-22.
89. Sittlington J, Stewart-Knox B, Wright M, Bradbury I, Scott JA. Infant-feeding attitudes of expectant mothers in Northern Ireland. *Health Educ Res* 2007;22(4):561-70.
90. Tappin D, Britten J, Broadfoot M, McInnes R. The effect of health visitors on breastfeeding in Glasgow. *Int Breastfeed J* 2006;1:11.
91. European Network for Public Health Nutrition. Networking, Monitoring, Intervention and Training (EUNUTNET). Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2006.
92. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108(3):776-89.
93. Australian Breastfeeding Association. Alcohol and breastfeeding: a guide for mothers, 2009.
94. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4(3):175-82.
95. Cattaneo A, Davanzo R, Ronfani L. Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 2000;89(1):88-93.
96. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(2):CD003030.
97. Moore T, Gauld R, Williams S. Implementing Baby Friendly Hospital Initiative policy: the case of New Zealand public hospitals. *Int Breastfeed J* 2007;2:8.
98. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, Kasehagen LJ, Crivelli-Kovach A. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med* 2008;3(2):110-6.
99. Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996;97(5):669-75.
100. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health* 2009;99(5):929-35.
101. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122 Suppl 2:S43-9.
102. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116(5):e702-8.

103. Reiff MI, Essock-Vitale SM. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985;76(6):872-9.

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Irena Zakarija-Grković

Adresa: Spinčićeva 25E

Telefon: 021 388 840

Elektronička pošta: irena.zakarija-grkovic@mefst.hr

Državljanstvo: hrvatsko i australsko

Datum i mjesto rođenja: 06.07.1968. Rijeka

Osnovnu i srednju školu sam završila u Australiji. Na Medicinskom fakultetu u Rijeci diplomirala sam 1992. godine u pred-roku. Pripravnički staž te dvije godine sekundarijata odradila sam u Alfred bolnici u Melbourneu (1993. –'96.), nakon čega sam provela godinu dana u bolnici Sestara milosrdnica za žene gdje sam stekla titulu Diplomanta australskog i novozelandskog udruženja porodničara i ginekologa. Specijalizaciju iz obiteljske medicine završila sam 2001. godine. Godinu dana kasnije stekla sam titulu Međunarodno certificirane savjetnice za dojenje. Od 1998. – do 2004. radila sam u ordinacijama obiteljske medicine, a od 2002. i kao savjetnica za dojenje. U Australiji sam bila članica australskog liječničkog zbora i australske liječničke komore, te aktivna članica 'Australian Breastfeeding Association', 'Australian Lactation Consultant' Association', 'College of Lactation Consultants' i 'International Lactation Consultant Association'.

Sa suprugom i troje djece došla sam u Split 2004. godine te se 2006. zaposlila na Katedri obiteljske medicine, Medicinski fakultet u Splitu, kao znanstveni novak na projektu profesorice Mirjane Rumboldt. Koncem 2006. godine postala sam članica osnivačkog odbora nacionalnog Povjerenstva za zaštitu i promicanje dojenja pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske te članica osnivačkog odbora Savjeta programa „Rodilišta – prijatelji djece“ pri Uredu UNICEF-a za Republiku Hrvatsku. Od listopada 2006. godine redovito u Hrvatsku dovodim ugledne svjetske stručnjake povodom Svjetskog tjedna dojenja, te sama držim predavanja zdravstvenim djelatnicima na temu dojenja kao i mjesečne radionice o dojenju budućim roditeljima u Klubu trudnica i roditelja Split. Od 2007. godine su-voditeljica sam 80-satnog poslijediplomskog tečaja s međunarodnim sudjelovanjem „Suvremena saznanja o laktaciji i dojenju“ u sklopu kojeg se održava godišnji sastanak "Koordinacijskog odbora potpore zajednice dojenju" za područje Dalmacije. Iste godine imenovana sam od UNICEF-a Regionalnim koordinatorom za edukaciju u sklopu inicijative "Rodilišta – prijatelji djece".

Poslijediplomski doktorski studij „Medicina utemeljena na dokazima“ upisala sam 2008. godine na Medicinskom fakultetu u Splitu. Iste godine organizirala sam UNICEF-ov „Tečaj za donositelje odluka“ te „20-satni tečaj o dojenju za zdravstvene djelatnike rodilišta“ u KBC Split, koji je ponovljen u veljači 2009. i srpnju 2010. Od 2008. godine djelujem kao lektorica engleskog jezika za časopis „Signa vitae“. Na Medicinskom fakultetu u Splitu je 2009. godine održan, po prvi put u Hrvatskoj, međunarodni ispit za buduće certificirane savjetnice za dojenje čijim posredovanjem sam omogućila polaganje ispita na hrvatskom jeziku. Iste godine osnovala sam Hrvatsku udrugu međunarodno certificiranih savjetnica za dojenje (HUSD) te postala njezinom predsjednicom. Od 2004. do 2010. godine vršila sam dužnosti koordinatora za Hrvatsku pri Međunarodnom odboru za certificiranje savjetnica za dojenje. Aktivno sam sudjelovala na brojnim domaćim i međunarodnim kongresima te 2007. godine osvojila stipendiju Međunarodne udruge savjetnica za dojenje za pohađanje njihovog godišnjeg kongresa u SAD-u. Bila sam član Povjerenstva za nadzor provedbe nastave na Medicinskom fakultetu u Splitu od 2009. do 2011. S kolegama s Medicinskog fakulteta sam 2010. godine napravila sustavni pregled „Effects of Different Duration of Postnatal Hospital Stay on the Healthy Survival of Neonates During the First Year of Life, Born Through Uncomplicated Vaginal Delivery or Caesarean Section“ za SZO te sudjelujem s istraživačima iz Škotske u izradi sustavnog pregleda literature o dojenju kao mjeri smanjenja upale pluća u djece za GAPP inicijativu (Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia). Od 2009. godine aktivno sudjelujem na godišnjim skupovima Hrvatskog ogranka talijanskog Cochrane Centra te sam 2012. godine imenovana njezinim su-voditeljem.

Redoviti sam recenzent za slijedeće časopise: Acta Medica Academica, Breastfeeding Review, Croatian Medical Journal, Journal of Human Lactation i Paediatrica Croatica, te od 2012. godine član uredničkog odbora Journal of Human Lactation. Recenzirala sam i knjige „Knjiga o dojenju“, Hannahe Lothrop i „Dojenje, poklon za cijeli život“, Adise Hotić i Emine Majdankić te napisala pogovor za knjigu „Dojenje i katoličko majčinstvo“.

Autor sam slijedećih poglavlja u knjigama/priručnicima:

1. Zakarija-Grković I. Dojenje. U Stanojević M, ur. Priručnik za predavače na trudničkim tečajevima. Zagreb: MZSS-UNICEF, 2010;71-9.
2. Stanojević M, Zakarija-Grković I. Dojenje uz uporabu sredstava ovisnosti i lijekova. Ibidem:80-4.
3. Zakarija-Grković I. Uloga dojenja u zdravstvenoj zaštiti djece. Rumboldt M, Petric D, ur. Obiteljska medicina – odabrana poglavlja. Priručnik za studente. Split: Redak, 2011: 205-9.

4. Zakarija-Grković I, Tomičić M. Bolesnik s dijabetesom. Ibidem: 261-9.
5. Bralić I, Zakarija-Grković I, Haničar B, Kuvačić S, Čatipović M. Dojenje na dar. U Bralić I i sur. Kako zdravo odrastati. Priručnik za roditelje. Zagreb: Medicinska naklada, 2012: 158-71.
6. Bralić I, Zakarija-Grković I, Haničar B, Kuvačić S. Što kad nema dovoljno majčina mlijeka? Ibidem: 172-5.
7. Zakarija-Grković I. Puerperalni mastitis. U: Karelović D, ur. Infekcije u ginekologiji i perinatologiji. Zagreb: Medicinska naklada; 2012, str. 296-306. U tisku.

Autor sam slijedećih znanstvenih radova u indeksiranim časopisima:

1. Dobi-Babić R, Zakarija-Grković I, Bosnar A, Cuculić D, Grković I. Children war casualties in the district of Rijeka and Senj. Croat Med J 1992; 33 (2):36-9.
2. Zakarija-Grković I, Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to Breastfeeding: Before/After Study of 5 Maternity Facilities in Croatia. Croat Med J. 2010;51:396-405.
3. Zakarija-Grković I. Exclusive Breastfeeding in the Hospital: How Accurate are the Data? J Hum Lact 0890334412437764, first published on February 21, 2012 as doi:10.1177/0890334412437764.
4. Zakarija-Grković I, Šegvić O, Božinović T, Čuže A, Lozančić T, Vučković A, Burmaz T. Hospital Practices and Breastfeeding Rates Before and After the 20-hour Course for Maternity Staff. J Hum Lact 2012; In press.
5. Zakarija-Grković I., Šimunović V. Introduction and Preparation of an Objective Structured Clinical Examination in Family Medicine for Undergraduate Students at the University of Split. Acta Medica Academica 2012; In press.

Član sam HLK, HLZ, Akademije medicine dojenja i Međunarodnog udruženja savjetnica za dojenje i njegovih Odbora za prevođenje i Odbora za stipendije.

11. PRILOZI

11.1 Upitnik o znanju, stavove i praksu za zdravstvene djelatnike

Datum: _____

--	--	--

UPITNIK O DOJENJU ZA ZDRAVSTVENE DJELATNIKE

Sekcija 1.

Molimo Vas da zaokružite samo jedan odgovor koji je po Vašem mišljenju točan.

1. Koja je definicija isključivog dojenja?

1. prehrana majčinim mlijekom, uz mogući dodatak pića (voda, kamilica, sok) i umjetnog mlijeka, ali bez dodatka krute hrane.
2. prehrana majčinim mlijekom uz mogući dodatak pića (voda, kamilica, sok), ali bez dodatka umjetnog mlijeka i dohrane.
3. prehrana samo majčinim mlijekom uz mogući dodatak vode, ali bez dodatka pića (kamilica, sok) i dohrane
4. prehrana samo majčinim mlijekom, bez dodatka pića (voda, kamilica, sok) i dohrane.

2. Kada bi se zdravo novorođenče, nakon normalnog poroda, trebalo prvi put podojiti?

1. bilo kada tijekom prvog dana života
2. u prva dva sata života
3. u prvih pola sata života
4. što prije nakon vaganja i kupanja

3. Za pripremu bradavica za dojenje, tijekom trudnoće, najbolje je:

1. priprema bradavica nije poželjna, čak može biti štetna
2. koristiti posebne kreme
3. bradavice trljati ručnikom da očvrstnu
4. raditi vježbe za izvlačenje bradavica

4. Što od ponuđenog NE ometa uspjeh dojenja?

1. primanje glukoze u rodilištu
2. korištenje dude varalice
3. 10-12 podoja u prvim danima života
4. dojenje svaka tri sata

5. Koji je učinak prolaktina u puerperiju?

1. pospješiti izlazak mlijeka iz dojke
2. pospješiti kontrakciju maternice
3. pospješiti proizvodnju mlijeka
4. pospješiti sakupljanje mlijeka u dojci

6. Koji od ovih elemenata je znak lošeg prihvata za dojku?

1. brada novorođenčeta priljubljena je uz dojku
2. novorođenče drži u ustima velik dio areole
3. donja usna novorođenčeta okrenuta je prema van
4. novorođenče drži u ustima bradavicu, ali ne i areolu

7. Koji od ovih elemenata je znak lošeg položaja majke i djeteta za vrijeme dojenja?

1. majka pridržava čitavo djetetovo tijelo
2. majka opušteno sjedi na fotelji naslonjenih leđa
3. djetetovo uho nije u istoj liniji sa ramenom i bokom
4. djetetovo tijelo je priljubljeno uz majčino tijelo

8. Koja od ovih radnji može otežati uspjeh dojenja?

1. dopustiti da dijete siše kad god zaželi
2. piti manje od dvije litre vode na dan
3. pospješiti noćno dojenje
4. držati dijete u rodilištu odvojeno od majke da bi se njoj omogućio odmor nakon poroda

9. Kod majke sa ragadama bitno je:

1. provjeriti položaj i prihvaćanje djeteta na dojku
2. preporučiti kremu za bradavice
3. ograničiti trajanje dojenja na 5 minuta po svakoj dojci
4. preporučiti korištenje silikonskih „kapica“ (zaštitnika) za bradavice

Sekcija 2.

Molimo Vas zaokružite samo jedan odgovor koji je najbliži Vašoj uobičajenoj praksi.

10. Trudnica koja želi dojititi pita Vas koliko dugo se preporuča dojenje. Koja je Vaša preporuka?

1. 6 mjeseci
2. 1 godinu, uz dohranu nakon prvih 6 mjeseci

3. 2 godine pa i dulje, uz dohranu nakon prvih 6 mjeseci
4. ne duže od godinu dana zbog moguće patološke vezanosti djeteta za majku
5. drugo

11. U vašoj praksi, kada se treba omogućiti majci koja je rodila carskim rezom u epiduralnoj ili spinalnoj anesteziji prvi kontakt 'kožom uz kožu'?

1. kad majka zamoli, ali ne prije 12 sati nakon rođenja djeteta
2. nakon pregleda, vaganja i kupanja ako majka želi
3. odmah nakon rođenja djeteta jer je majka u svjesnom stanju
4. nemamo uobičajenu praksu, svaki slučaj je drugačiji
5. drugo

12. Novorođenče staro dva dana, koje još nije sisalo, plače ako ga se položi na dojku kako bi dojilo. Što radite u tom slučaju?

1. ponudim novorođenčetu dudu varalicu
2. dam novorođenčetu izdojeno majčino mlijeko
3. dam novorođenčetu umjetno mlijeko
4. pokušam ga ponovno položiti na dojku sutradan
5. drugo

13. Majka djeteta starog 3 tjedna žali vam se da nema dovoljno mlijeka. Što radite u tom slučaju?

1. preporučim majci da pije 2 litre vode na dan
2. nakon svakog dojenja savjetujem majci da nadoda umjetnog mlijeka
3. preporučim joj biljne čajeve koji potpomažu stvaranje mlijeka
4. pružim joj pomoć, provjeravajući položaj i prihvaćanje djeteta na dojku
5. drugo

14. Majke na izlasku iz bolnice primaju:

1. ni poklone ni uputstva napismeno
2. primaju od zdravstvene ustanove uputstva za daljnju njegu djeteta i knjižicu (bilježnicu) za dijete, bez reklama
3. primaju od kompanija paket sa nekim informacijama, reklamama, dudom varalicom ili bočicom
4. primaju svaki put neki drukčiji paket, ovisno o kompaniji koja ga poklanja
5. drugo

15. Što preporučujete majci koja doji i koja je dobila mastitis?

1. da nastavi dojit na obje dojke
2. da prestane dojit na bolesnoj dojci
3. da prestane dojit na obje dojke
4. da prestane dojit na bolesnoj dojci privremeno, dok antibiotik ne počne djelovati
5. drugo

Sekcija 3.

Za svaku od slijedećih tvrdnji navedenih u tablici, molim Vas označiti u kolikoj mjeri se slažete ili ne slažete, zaokružujući broj koji se najviše podudara s Vašim mišljenjem

1= nimalo nisam suglasna/suglasan, 2= nisam suglasna/suglasan, 3= ne mogu se odlučiti, 4= suglasna/suglasan sam, 5= u potpunosti sam suglasna/suglasan.

Možete izabrati samo jedan broj od 1 do 5 za svaku tvrdnju.

Tvrdnje o dojenju	Nimalo nisam suglasna/an	Nisam suglasna/an	Ne mogu se odlučiti	Suglasna/an sam	U potpunosti sam suglasna/an
16. Korist od hranjenja majčinim mlijekom traje samo dok se beba ne odvikne od dojenja.	1	2	3	4	5
17. Hranjenje zamjenskim (umjetnim) mlijekom praktičnije je od dojenja.	1	2	3	4	5
18. Dojenje pojačava povezanost majke i dojenčeta.	1	2	3	4	5
19. Majčino je mlijeko siromašno željezom.	1	2	3	4	5
20. Bebe hranjene zamjenskim mlijekom lakše se prejedu od dojenih beba.	1	2	3	4	5
21. Hranjenje zamjenskim mlijekom bolji je izbor ako majka planira raditi izvan kuće.	1	2	3	4	5
22. Majke koje hrane djecu zamjenskim mlijekom propuštaju jedno od najvećih zadovoljstava majčinstva.	1	2	3	4	5
23. Žene ne bi trebale dojiti na javnim mjestima kao što je restoran.	1	2	3	4	5
24. Bebe hranjene majčinim mlijekom su zdravije od beba hranjenih zamjenskim mlijekom.	1	2	3	4	5
25. Dojene bebe lakše se prejedu od beba hranjenih zamjenskim mlijekom.	1	2	3	4	5
26. Očevi se osjećaju izostavljenima ako majka	1	2	3	4	5

doji.					
27. Majčino je mlijeko idealna hrana za dijete.	1	2	3	4	5
28. Majčino je mlijeko lakše probavljivo od zamjenskog mlijeka.	1	2	3	4	5
29. Zamjensko je mlijeko jednako zdravo za dojenče kao i majčino mlijeko.	1	2	3	4	5
30. Dojenje je praktičnije od hranjenja zamjenskim mlijekom.	1	2	3	4	5
31. Majčino je mlijeko jeftinije od zamjenskog mlijeka.	1	2	3	4	5
32. Majka koja povremeno pije alkohol ne bi trebala dojiti svoju bebu.	1	2	3	4	5

Sekcija 4.

33. Spol (zaokružite) 1. M 2. Ž

34. U kojoj ustanovi radite?.....

35. Koliko imate godina?.....

36. Imate li djecu? DA NE

37. U slučaju potvrdnog odgovora na pitanje 52, je li Vaše dijete dojeno? DA NE

38. Koje je Vaše zanimanje?

Liječnik pedijatar..... 1

Liječnik ginekolog..... 2

Primalja..... 3

Medicinska sestra 4

Drugo, što?..... 5

Suglasna/an sam s korištenjem navedenih podataka u istraživačke svrhe.

Zahvaljujemo na suradnji!

11.3 Upitnik za nadzor i praćenje rodilišta

Upitnik za mame nakon poroda

N°

Ime i prezime

majke:.....

Ime djeteta:.....

OPĆI PODATCI

1. Datum popunjavanja upitnika:	
2. Mjesto boravka:	
3. Dob majke (br. godina)	
4. Bračno stanje (0=samohrana majka, 1=živi s partnerom)	
5. Školska sprema majke (0=nezavršena osnovna škola, 1=završena osnovna škola, 2=srednja škola, 3=viša škola, 4=visoka škola)	
6. Broj djece (sveukupno sa novorođenčetom)	
7. Jeste li rodili blizance ? (0=ne, 1=da) Ispunite, molimo Vas, jedan upitnik za svako dijete.	
8. Koliko ste dojili posljednje dijete? (br. mjeseci; u slučaju da je majka dojila manje od mjesec dana ili da nije dojila upisuje se 0)	
9. Pušite li ? (0=ne, 1=prestala za vrijeme trudnoće, 2=da)	
10. Ako da, koliko cigareta na dan? (0= manje od 10, 1=između 10 i 20, 2=20 ili više)	
11. Jeste li u radnom odnosu? (0 = ne, 1 = da)	
12. Ako jeste, koliko mjeseci nakon poroda namjeravate se vratiti na posao? (0=manje od mjesec dana, br mjeseci, 99=ne znam)	

TRUDNOĆA

13. Prije porođaja, koliko ste puta bili na medicinskom pregledu? (sveukupan br. sa ultrazvucima)	
14. Prilikom tih pregleda, je li medicinsko osoblje s Vama pojedinačno ili kao sa skupinom, razgovaralo o tome kako ćete hraniti dijete? (0=ne, 1=da, 9= ne sjećam se)	
15. Jeste li pohađali trudnički tečaj? (0=ne, 1=da) Ako da, koji?	
16. Tijekom tečaja, je li medicinsko osoblje s Vama pojedinačno ili kao sa skupinom razgovaralo o tome kako ćete hraniti Vaše dijete? (0=ne, 1=da, 9= ne sjećam se)	
17. Prilikom pregleda ili tečaja, je li Vas medicinsko osoblje obavijestilo kako je važno da neposredno nakon poroda provedete neko vrijeme u bliskom kontaktu s Vašim djetetom, "kožom uz kožu"? (0=ne, 1=da, 9=ne sjećam se)	
18. Prilikom pregleda ili tečaja, je li Vas medicinsko osoblje obavijestilo kako je važno da dijete bude s Vama u sobi, odnosno krevetu, 24 sata na dan? (0=ne, 1=da, 9=ne sjećam se)	
19. Prilikom pregleda ili tečaja, je li Vas medicinsko osoblje obavijestilo o rizicima povezanim s davanjem vode, 'formule' ili drugih nadomjestaka u prvih šest mjeseci djetetova života, ako ga Vi pritom dojite? (0=ne, 1=da, 9=ne sjećam se)	

POROĐAJ I BABINJE

20. Kada je Vaše dijete rođeno? Datum i sat.	
21. Koji je spol djeteta? (0=muški, 1=ženski)	
22. Porođajna težina djeteta? (gm)	
23. Na koji ste način rodili? (0=vaginalno, 1=carski rez uz opću anesteziju, 2=carski rez bez opće anestezije, 3=vaginalno uz forceps ili vakum)	
24. S koliko punih tjedana trudnoće ste rodili? (br)	
25. Jeste li do sada bili bolesni? (0=ne, 1=da)	
26. Ako ste odgovorili da na prethodno pitanje, navedite dijagnoze:	
27. Je li Vaše novorođeno dijete zdravo, ili ima probleme (0=zdravo, 1=s problemima)?	
28. U slučaju problema, glavna dijagnoza je:	

29. Dojite li vaše dijete? (0=ne, 1=da)	
30. Ako ne dojite, opišite zašto?	
31. Ako ne dojite, želite li pokušati dojiti nakon povratka kući ? (0=ne, 1=da)	
32. Koliko je vremena prošlo između poroda i trenutka kada ste prvi put držali svoje dijete? (0=neposredno nakon poroda, 1=unutar 5 minuta nakon poroda, 2=unutar pola sata od poroda, 3=unutar sat vremena od poroda, 4=čim sam se probudila iz anestezije-nakon carskog reza u općoj anesteziji, 5=u nekom drugom trenutku: koliko sati nakon poroda?....., 6=još ga nisam držala uza se, 9=ne sjećam se)	
33. Kako ste taj prvi put držali Vaše dijete? (0=“kožom uz kožu”, 1=umotano, 9=ne sjećam se)	
34. Ukoliko Vam je dijete dano nakon više od pet minuta iza porođaja, koji je bio razlog tome? (0=odgode nije bilo, 1=djetetu je bila potrebna pomoć/na promatranju, 2=dobila sam anestetik, 3=nisam željela držati svoje dijete, 4=dijete mi nisu dali, ne znam iz kog razloga, 5=drugo.....)	
35. Taj prvi put, otprilike koliko dugo ste držali Vaše dijete? (0= manje od 5 minuta, 1= 5 do 15 minuta, 2= 15 do 30 minuta, 3=više od 30 minuta, manje od sat vremena, 4=dulje, koliko?.....sati, 9=ne sjećam se)	
36. Prilikom prvog držanja djeteta, je li ono sisalo? (0=ne; 1=da)	
37. Ako nije, kada je dijete prvi put sisalo? (br. sati)	
38. Je li Vam prije otpusta iz rodilišta osoblje pružilo bilo kakvu pomoć pri dojenju i postavljanju djeteta u položaj prikladan za dojenje? (0=ne, 1=da, 2=osoblje je ponudilo pomoć, no nije mi bila potrebna, 9= ne sjećam se)	
39. Kada Vam je ta pomoć ponuđena? (0=prvi put kada sam držala svoje dijete, 1= kasnije, 9=ne sjećam se)	
40. Označite broj sati nakon poroda kada Vam je ta pomoć bila ponuđena? (br. sati)	
41. Je li Vam osoblje pokazalo ili Vas uputilo kako se možete ručno izdojiti? (0=ne; 1=da, 9= ne sjećam se)	
42. Jeste li se sami pokušali izdojiti? (0=ne; 1=da)	
43. Je li Vam izdajanje uspjelo? (0=ne; 1=da, 2=djelomice)	
44. Gdje se nalazilo Vaše dijete dok ste ležali u rodilištu nakon poroda? (0=moje je dijete bilo stalno sa mnom, danju i noću, 1=dijete je bilo sa mnom samo za vrijeme podoja, 2=dijete je bilo sa mnom na moj zahtjev, 3=prvi dan je dijete bilo odvojeno, a poslije na moj zahtjev, 4= dijete nije bilo nikad sa mnom, 5=drugo, navedite.....)	
45. Što Vam je savjetovano o tome kako često trebate dojiti svoje dijete? (0=nisam dobila nikakav savjet, 1=svaki put kad se čini da je moje dijete gladno-po želji djeteta, 2=svakih sat vremena, 3=svakih 1-2 sata, 4=svakih 2-3 sata, 5=drugo, navedite9= ne sjećam se)	
46. Što Vam je savjetovano, koliko dugo treba trajati podoj? (0=nisam dobila nikakav savjet, 1=tako dugo dok dijete želi sisati, 2=ograničeno vrijeme- Koliko?:.....minuta, 3=drugo, navedite, 9= ne sjećam se)	
47. Je li Vašem djetetu, od trenutka rođenja, davano išta drugo osim majčinog mlijeka? (0=ne, 1=da, 9=ne znam)	

48. Ukoliko da, što mu je davano? (0=umjetno mlijeko, tj., tzv. 'formula' za prehranu dojenčeta, 1=voda ili zaslađena voda, 2=formula i voda, 3=druge tekućine, navedite....., 9=ne znam)	
49. Zašto je Vašem djetetu davana zamjena za majčino mlijeko? (0=nisam imala mlijeka, 1=dijete je drastično gubilo na težini, 2=nisam htjela dojiti, 3=na savjet sestre, 4=imala sam bolne bradavice/dojke 5=dijete je bilo na fototerapiji, 6= dijete je plakalo, 7= drugo, navedite....., 9=ne znam)	
50. Prije nego su djetetu dani ti nadomjesci, jeste li bili o tome obaviješteni? (0=ne, 1=da)	
51. Ukoliko je djetetu dat nadomjestak za majčino mlijeko, je li mu davan: (0=s pomoću bočice, 1=s pomoću šalice, 2=s pomoću žlice, 3=na drugi način, navedite....., 9=ne znam)	
52. Je li osoblje djetetu davalo dudu-varalicu?(0=ne, 1=da, 9=ne znam)	
53. Jeste li sami odlučili dati svom djetetu dudu-varalicu ? (0=ne, 1=da, 9= nisam još odlučila)	
54. Je li Vam osoblje išta reklo o dudi-varalici i njezinom utjecaju na zdravlje djeteta? (0=ne, 1=da, 9= ne sjećam se)	
55. Jesu li Vam uručeni kakvi letci ili potrepštine za hranjenje kojima se promiče uporaba zamjena za majčino mlijeko? (0=ne, 1=da)	
56. Ukoliko Vam je nešto od gore navedenog uručeno, što je to bilo? (0=letak proizvođača 'formule', 1=dar ili uzorak, npr. 'formule' ili druge s tim povezane potrepštine, 2=drugo,navedite..... 9= ne sjećam se)	
57. Je li Vam na bilo koji način sugerirano kako i gdje možete zatražiti pomoć, ukoliko po povratku kući budete imali kakvih problema s hranjenjem djeteta? (0=ne, 1=da, 9= ne sjećam se)	
58. Ako jest, što Vam je sugerirano? (0=da nazovete rodilište 1=da nazovete telefonsku liniju za pomoć, 2=da se javite pedijatru ili obiteljskom liječniku, 3=da zatražite kućnu posjetu, 4=da stupite u dodir sa skupinom za potporu majkama, 5=da kontaktirate savjetnicu za dojenje, 6=drugo, navedite..... 9= ne sjećam se)	
59. Koliki je obiteljski mjesečni prihod? (0=do 2,000 kn, 1=od 2,000 do 4,000 kn 2=od 4,000 do 6,000 kn, 3=od 6,000 do 8,000 kn 4=od 8,000 do 10,000 kn, 5=iznad 10,000 kn)	
Biti ćete ponovno kontaktirani datuma: (zapišite datum kad dijete napuni 3 mj. života):	

Telefonski brojevi (naznačite broj i mobitela ukoliko ga imate):.....

Napomena: Samo ako je majka odgovorila 'ne' na 29. i 31. pitanje, ne treba zapisati br. telefona.

REZERVIRANO ZA MEDICINSKO OSOBLJE

<p>60. Način hranjenja djeteta tijekom prvih 48 sati života, (0=isključivo dojenje, 1=predominantno dojenje, 2=mješovita ishrana, 3=zamjene za majčino mlijeko)</p>	
<p>61. Način hranjenja djeteta u trenutku otpusta iz rodilišta (računa se čitavo razdoblje od rođenja djeteta) (0=isključivo dojenje, 1=predominantno dojenje, 2=mješovita ishrana, 3=zamjene za majčino mlijeko)</p> <p>62. Zašto je djetetu davana zamjena za majčino mlijeko? (0=majka je tražila, 1=na fototerapiji, 2=pokus podoja, 3=majka spava, 4=dijete plače, 5=na zahtjev doktora, 6=izgubilo na težini, 7= majka u intenzivnoj, 8=drugo, navedite.....)</p>	

11.4 Telefonski upitnik o prehrani dojenčadi nakon 3 i 6 mjeseci

Obavezno sve popuniti:

Upisani broj.....

Datum.....

Ime majke.....Broj telefona.....

Ime djeteta.....Datum rođenja djeteta.....

Postupnik:

Nazovi majku.

Pozdravi majku.

Predstavi se i **podsjeti ju na dogovor** da ju nazovete kada dijete navrši 3/6 mj.

Pitaj kako su majka i dijete (**koristi ime djeteta**).

Pitanja:

1. Je li Vaše dijete **u protekla 24 sata** hranjeno Vašim mlijekom? Da / Ne

Ako ne

2. Kada ste prestali dojiti Vaše dijete?.....

3. Zašto ste prestali dojiti Vaše dijete? (napišite majčinim riječima što detaljnije).....
.....

Ako da

4. Je li Vaše dijete **u protekla 24 sata** dobilo umjetnog mlijeka, takozvanu 'formulu'?
Da/ Ne

Ako da, kada ste počeli s nadoknom i **zašto?**.....
.....

Za sve

5. Je li Vaše dijete **u protekla 24 sata** dobilo bilo koju tekućinu osim mlijeka, npr., vodu, voćni sok ili čaj? Da / Ne

Ako da, što ste djetetu dali, **kada** ste počeli s dohranom i **zašto**?.....

.....

6. Je li Vaše dijete **u protekla 24 sata** dobilo bilo koju krutu ili kašastu hranu? Da / Ne

Ako da, što ste djetetu dali, **kada** ste počeli s dohranom i **zašto**?.....

.....

Za mame koje nisu dale djetetu ništa drugo osim majčinog mlijeka u protekla 24 sata:

7. Je li Vaše dijete hranjeno bilo čim osim Vašim mlijekom u zadnjih tjedan dana? Da/Ne

Zahvali majci na suradnji.

Podsjeti ju da će biti pozvana ponovno za tri mjeseca.

Provjeri jesu li zapisana **dva** broj telefona.

11.5 Telefonski upitnik o prehrani dojenčadi nakon 12 mjeseci

Obavezno sve popuniti:

Upisani broj.....

Datum.....

Ime majke..... Broj telefona.....

Ime djeteta..... Datum rođenja djeteta.....

Postupnik:

Nazovi majku.

Pozdravi majku.

Predstavi se i **podsjeti ju na dogovor** da ju nazovete kada dijete navrší 12 mj.

Pitaj kako su majka i dijete (**koristi ime djeteta**).

Pitanja:

1. Je li Vaše dijete u protekla 24 sata hranjeno Vašim mlijekom? Da / Ne

Ako ne

2. Kada ste prestali dojiti Vaše dijete?.....

3. Zašto ste prestali dojiti Vaše dijete (što detaljnije i po mogućnosti majčinih riječima)?.....

.....
.....
.....

4. Što piše u 'zdravstvenoj knjižici' Vašeg djeteta na stranici 1-09 (u 'crvenom dijelu knjižice') kod 'pregleda novorođenčeta kod otpusta') u odnosu na prehranu (gore lijevo)?

- a. prirodna
- b. umjetna
- c. dvovrsna

Zahvali majci na suradnji.